

**Univerzita Karlova v Praze**  
**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Bc. Jana Lávičková**

**MEDIKACE OPIOIDNÍCH ANALGETIK NA LÉKAŘSKÝ PŘEDPIS  
S ALKOHOLEM NEBO JINOU NÁVYKOVOU LÁTKOU VE VĚKOVÉ  
KOHORTĚ 50 – 64 LET**

**MEDICATION OF PRESCRIBED OPIOID ANALGESICS IN COMBINATION  
WITH ALCOHOL OR OTHER ILLEGAL DRUG IN AGE GROUP OF 50 - 64  
YEARS**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Vedoucí: Mgr. Roman Gabrhelík Ph.D.**

**Praha**

**2012**

## **Poděkování**

Za podporu, spolupráci a vždy dokonale konstruktivní kritiku k této diplomové práci bych velice ráda poděkovala Mgr. Romanovi Gabrhelíkovi Ph.D. z Kliniky Adiktologie VFN a PhDr. Hance Voňkové Ph.D. za její podporu a velice cenné rady v oblasti statistiky a navedení vždy na správnou cestu ve chvíli tápání v oblasti mne až ne tak známé.

Dále bych ráda poděkovala za spolupráci při provádění jak kvalitativní, tak kvantitativní studie níže uvedeným institucím:

Centrum pro léčení a výzkum bolestivých stavů při Klinice rehabilitace 2. LF UK a FN Motol pod vedením primáře MUDr. Jiřího Kozáka Ph.D.

Centrum pro léčbu bolesti, Fakultní nemocnice Olomouc pod vedením MUDr. Tomáše Gabrhelíka Ph.D.

Nakonec bych ráda poděkovala všem, kteří se mnou přežili poslední dva roky a vždy se pousmáli nad mojí posedlostí tímto tématem. Děkuji všem přátelům a rodině, že se mnou vydrželi.

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 30.4.2012

Jana Lávičková

.....

Identifikační záznam:

LÁVIČKOVÁ, Jana. *Medikace opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem nebo jinou návykovou látkou ve věkové kohortě 50 – 64 let. [Medication of prescribed opioid analgesics in combination with alcohol or other illegal drugs in age group of 50 – 64 years]*. Praha, 2012. 140 s., 38 příl., 70 tabulek, 19 grafů. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí závěrečné práce Gabrhelík, Roman.

# Obsah

<b>Abstrakt .....</b>	<b>7</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>8</b>
<b>1. Problematika chronické bolesti v adiktologii.....</b>	<b>9</b>
1.1 Chronická bolest .....	9
1.1.1 Léčba chronické bolesti na území České republiky .....	10
1.1.2 Diagnostika chronické bolesti .....	11
1.1.3 Nejčastější diagnózy spojené s bolestivými chronickými stavy ve věkové kohortě 50 – 64 let .....	13
1.2 Opioidní analgetika.....	14
1.2.1 Algeziologické dělení opioidních analgetik dle WHO .....	14
1.2.2 Účinné látky předepisovaných opioidních analgetik.....	18
1.2.2.1 Léky nejčastěji předepisované na území České republiky ve věkové kohortě 50 – 64 let .....	20
1.2.3 Screening opioidních analgetik na lékařský předpis .....	21
1.2.4 Abúzus opioidních analgetik ve věkové kohortě 50 – 64 let .....	26
1.3 Abúzus legálních návykových látek ve věkové kohortě 50 – 64 let.....	30
1.3.1 Alkohol a jeho abúzus ve věkové kohortě 50 – 64 let.....	30
1.3.2 Tabák a jeho abúzus ve věkové kohortě 50 – 64 let .....	32
1.3.3 Volně prodejné léky a jejich abúzus ve věkové kohortě 50 – 64 let .....	34
1.4 Ilegální návykové látky a jejich abúzus ve věkové kohortě 50 – 64 let .....	35
<b>2. Cíl .....</b>	<b>38</b>
<b>3. Metodologie .....</b>	<b>40</b>
3.1 Obecný metodologický rámec .....	40
3.2 Popis výzkumného souboru .....	40
3.3 Výzkumné otázky .....	41
3.4 Nástroje výzkumu .....	42
3.4.1 Tabulka s otázkami pro vedení polostrukturovaných interview .....	42
3.4.2 Přehled předepisovaných opioidních analgetik na území České republiky.....	43
3.4.3 Četnost pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky .....	44
3.4.4 Studie kohort.....	45
3.5 Metody zpracování a analýzy dat .....	46
3.5.1 Zpracování dat .....	47
3.5.1.1 Polostrukturované interview s pacienty s chronickou bolestí.....	47
3.5.1.2 Četnost pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky .....	47

3.5.1.3 Studie kohort .....	48
3.5.2 Analýza dat .....	48
3.5.2.1 Polostrukturované interview s pacienty s chronickou bolestí.....	48
3.5.2.2 Četnost pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky .....	51
3.5.2.3 Studie kohort .....	51
3.6 Předpokládané výstupy .....	54
3.7 Etické aspekty práce .....	55
<b>4. Výsledky .....</b>	<b>56</b>
4.1 Polostrukturované interview s pacienty s chronickou bolestí .....	56
4.1.1 Socio – demografická část .....	56
4.1.2 Výzkumná část rozhovoru .....	62
4.2 Četnost pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky .....	103
4.3 Studie kohort .....	104
4.3.1 Socio – demografická část .....	104
4.3.2 Výzkumná část studie kohort .....	107
<b>5. Diskuse .....</b>	<b>116</b>
5.1 Polostrukturované interview s pacienty s chronickou bolestí .....	116
5.2 Četnost pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky .....	122
5.3 Studie kohort .....	123
5.4 Srovnání polostrukturovaných interview s pacienty s chronickou bolestí a studie kohort .....	125
<b>6. Závěry .....</b>	<b>128</b>
<b>7. Použitá literatura .....</b>	<b>130</b>
<b>8. Přehled grafů a tabulek .....</b>	<b>136</b>
Grafy.....	136
Tabulky.....	137
<b>Přílohy .....</b>	<b>141</b>
Příloha č. 1 Tabulka otázek určených pro vedení polostrukturovaných interview .....	142
Příloha č. 2 Přehled předepisovaných opioidních analgetik na území ČR za účelem jednoduší orientace ve vedení rozhovoru .....	143
Příloha č. 3 Informovaný souhlas .....	152
Příloha č. 4 Kód respondenta .....	153
Příloha č. 5 Počet respondentů s chronickou bolestí na území ČR .....	154
Příloha č. 6 Studie kohort .....	156
Příloha č. 7 Code booklet – Studie kohort .....	162

Příloha č. 8 AUDIT .....	171
Příloha č. 9 Fagerströmův test nikotinové závislosti.....	174
Příloha č. 10 Dotazník na kvalitu spánku .....	176
Příloha č. 11 Beckův inventář úzkosti .....	177

## ABSTRAKT

### Východiska

Na základě získaných dat z předešlé pilotní studie a výsledků této studie jsme přistoupili k návazné studii, která se zaměřila na sledování věkové kohorty 50 – 64 let v oblasti medikace opioidními analgetiky na lékařský předpis. Zároveň s tímto jsme zkoumali, v jakých možných kombinacích jsou tyto léky pacienti s chronickou bolestí v současné době užívány.

### Metodologie

Základem této studie byla kvalitativní studie, kterou jsme prováděli pomocí polostrukturovaného hloubkového interview u respondentů z řad pacientů s diagnózou chronické bolesti. Rozhovory jsme prováděli postupně v průběhu celého roku 2011. V rámci této hlavní studie jsme v průběhu ledna až března 2012 prováděli dvě kvantitativní substudie. První byla zaměřena na dotazníkové zjištění počtu pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky. V druhé substudii jsme pomocí dotazníku sledovali pacienti s chronickou bolestí a jejich environmentální ovlivnění v případě kombinací opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholovými nebo nealkoholovými návykovými látkami.

### Výsledky

U 20 respondentů jsme provedli polostrukturované rozhovory a pomocí tohoto nástroje jsme získali data poukazující na zvýšený trend užívání léků bez lékařské indikace a zvýšený zájem o vyzkoušení konopí pro léčebné účely. Na základě nedostatečného počtu respondentů jsme nemohli udělat výstup z dat pro první substudii. V případě druhé substudie jsme získali data potvrzující již získané výsledky z hlavní studie.

### Závěry

Doporučení týkající se práce s pacienty s diagnózou bolesti a vytvoření guidelines pro prevenci abúzu analgetik ze strany pacientů.

**Klíčová slova:** chronická bolest, opioidní analgetika na lékařský předpis, zneužívání, závislost, nealkoholové návykové látky, alkohol, volně prodejné léky



# ABSTRACT

## Background

Based on the gathered data from the previous pilot study and the results of this study we proceeded to the following study which is being focused on the surveillance of the age group 50 – 64 years in the area of prescribed opioid analgesics. Alongside with this, we explored in what possible combinations the medications can be used by the chronic pain patients in the current moment.

## Methods

The base of the research was the qualitative study which was performed by the half-structured deep interview with the participants from the chronic pain patients. The interviews were carried out during the year 2011. Within the main study were pursued two quantitative substudies during the January and March 2012. The first study was focused on the questionnaire survey about the number of the chronic pain patients in the Czech Republic. The second substudy followed the chronic pain patients and their influence by the environmental conditions with the help of the questionnaire in case of the combinations among the prescribed opioid analgesics with alcohol or non-alcohol addictive drugs.

## Results

Half-structured interviews were carried out with 20 participants and with the help of this tool were gathered data pointing out the increasing trend in non-medical use of opioid analgesics and increasing interest in trying out the cannabis for medical use. Based on the insufficient number of the participants in the first substudy, wasn't possible for us to make any output. We gathered the data in the second substudy which has confirmed already gathered data from the main study.

## Conclusions

Recommendations related to the clinicians' work with the chronic pain patients and creation of the guidelines meant for prevention of prescribed opioid analgesics abuse.

**Keywords:** chronic pain, prescribed opioid analgesics, abuse, addiction, non-alcoholic drugs, alcohol, over-the-counter medications

# 1. PROBLEMATIKA CHRONICKÉ BOLESTI V ADIKTOLOGII

Teoretická část této studie bude zaměřena na terminologii, která se bude věnovat tématům, jako je chronická bolest a zaměření se na věkovou kohortu 50 – 64 let u pacientů s diagnózou chronické bolesti, diagnostika v oblasti chronické bolesti, opioidní analgetika na lékařský předpis a jejich předepisování v rámci Center pro léčbu bolesti a Ambulancí pro léčbu bolesti a kombinaci opioidních analgetik s alkoholem nebo jiným typem návykových látek nealkoholového typu včetně látek tabákového charakteru.

## 1.1 Chronická bolest

Mezinárodní zdravotnická organizace (WHO) v roce 1949 zcela jasně definovala pojem zdraví: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ (ICD – 10, 1992). Tato definice se v později stala základem pro vznik definic jednotlivých nemocí a zdravotních problémů.

Mezinárodní společnost pro výzkum bolesti ( *IASP – International Association for the Study of Pain* ), která byla založena v roce 1973, přijala v roce 1979 definici popisující obecně bolest. Definice bolesti byla přijata v tomto znění: „bolest je nepříjemná smyslová a emoční zkušenost, zážitek spojený s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkáně, nebo popisovaný výrazy pro takové poškození“ (Mareš, 1997, str. 29, para. 4).

Definice zformulovaná pro účely popisu bolesti obecně byly bohužel pro účely medicínského použití nedostačující a bylo nutno definici popisující bolest a její charakteristiku zpřesnit. Na základě těchto požadavků vznikly definice popisující akutní a chronickou bolest. Definice pro akutní bolest byla formulována následovně: „náhlý varovný příznak, který informuje organismus o tkáňovém poškození např. úrazem, operačním zákrokem nebo chorobou“. Zároveň se jedná o typ bolesti, která přinutí pacienta vyhledat v průběhu minut až několika dní po svém vzniku. V návaznosti na tuto definici byla zformulována definice pro popis chronické bolesti, kdy byly jednoznačně stanoveny kritéria pro diagnózu bolesti chronického charakteru. Kritéria pro diagnostiku chronické bolesti jsou následující: bolestivé stavy musí u pacienta přetrvávat po dobu delší než 3 – 6 měsíců, příčina vzniku nebo projevu tohoto bolestivého stavu nemá jednotnou etiologii a není vždy známá, změna psychického stavu pacienta s diagnózou chronického bolestivého stavu, která u tohoto segmentu pacientů vede ve většině případů ke vzniku depresivních stavů, a nedostatečná reakce na analgetika jak opioidního, tak neopoidního charakteru u pacientů s touto diagnózou. Celkově přístup k léčbě

chronické bolesti musí být pojmut ze strany zdravotnického personálu komplexně a to v podobě interdisciplinárního charakteru (Dlouhá, Havlíková, Marek, 2002, str. 578, tab. 1).

Celkový pohled na bolest shrnuje deklarace EFIC (European Federation of IASP Chapters) o chronické bolesti (CHB) jako důležitém problému zdravotnictví a samostatném onemocnění ve vlastním slova smyslu: „Bolest je důležitý zdravotnický problém v Evropě. Akutní bolest může být považována za symptom onemocnění či úrazu, chronická a opakující se bolest je specifickým zdravotnickým problémem, je samostatným onemocněním (Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008).

Lejčko (2009, str. 150, para. 1) a Breivik et al. (2006) poukazují na základě výzkumů provedených v rámci evropské populace na fakt, že „v Evropě trpí chronickou bolestí 19 % populace“. Johannes et al. (2010) uvádí, že diagnózou chronické bolesti trpí na území Spojených států Amerických 30,7 % populace. Výsledky těchto výzkumů poskytují pohled na současný stav problematiky týkající se chronické bolesti a s tím spojeného trendu v předepisování opioidních analgetik v tomto segmentu evropské i americké populace. Faktorem, který zvyšuje důležitost tohoto problému je skutečnost, že chronická bolest na rozdíl od akutní bolesti nemá varovný charakter (Lejčko, 2009, str. 150, para. 1). Lejčko (2009) dále uvádí, že „vlastní nemoc spojená s algickým syndromem již často odezněla nebo přešla do chronického stádia“ a „bolest v těchto případech vysloveně škodí, vede k utrpení, devastuje kvalitu života a má zhoubný dopad na lidskou existenci.“ Na základě těchto faktorů se obecně léčbou chronické bolesti sledují tyto základní cíle: úleva od bolesti, zlepšení spánku, zlepšení funkčního stavu a kvality života.

### **1.1.1 Léčba chronické bolesti na území České republiky**

Bolest je bio-psycho-sociálně komplexní, a proto i její léčba vyžaduje komplexní přístup. Přístup k léčbě nemocného s chronickou bolestí má být stejný, jako je přístup k léčbě jiných chronických onemocnění. Chronická bolest často není tak jednoduchá a logická, jako je bolest akutní, což následně vede k frustraci a neadekvátní léčbě (Ševčík, Vacovská, Rohan, Polívka, 2009).

Léčba pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky probíhá v 87 pracovištích pro léčbu bolesti (Linka proti bolesti, 2011). Jednotlivá zdravotnická zařízení se od sebe liší na základě toho, pod jaký typ pracoviště spadají (Lávičková, 2010).

Segment pacientů, kteří se léčí s některou z diagnóz spadajících do kategorie bolestivé stavy chronického charakteru, je velice široký. Pacienti docházející do Center a Ambulancí pro

léčbu bolesti se pohybují ve věkovém rozmezí od 18 let do 75 let. Nejvyšší procento pacientů se na základě dlouhodobých evropských a amerických výzkumů odhaduje ve věkových segmentech 50 – 64 let a 65 let a více. Tyto výzkumu poukazují také na skutečnost, že více pacientů s diagnózou chronické bolesti se objevuje mezi ženami a že zároveň se jedná o rizikovou skupinu, jež může být ohrožena jak problémy psychologického charakteru, tak problémy týkající se abúzu různých návykových látek.

Multidisciplinární přístup k léčbě bolestivého stavu chronického charakteru a tím i následná možnost spolupráce s těmito profesemi – psychologie, psychiatrie, rehabilitace, neurologie, onkologie, chirurgické bolesti, atd.

Zdravotnická zařízení splňující podmínky charakteru multidisciplinarity spadají do kategorie I. a II. typu pracovišť pro léčbu bolesti, která jsou zakládána při fakultních nemocnicích a nemocnicích krajského charakteru. Jejich složení a charakter je totožný lišící se jen v aspektu přítomnosti činnosti pedagogického charakteru negraduální i postgraduální pro zdravotnické pracovníky všech stupňů a jejich zapojení do výzkumné činnosti na poli problematiky chronické bolesti v rámci fakultních nemocnic. Pracoviště se v těchto případech označují jako oddělení nebo centra pro léčbu bolesti a jsou buď začleněna pod klinická pracoviště, nebo jsou zcela samostatného charakteru.

Multidisciplinarita je v rámci III. a IV. typu pracoviště pro léčbu bolesti poskytována v omezeném rozsahu anebo spočívá jen ve vytvoření sítě spolupracujících zařízení s daným pracovištěm, které pracuje jako poradna pro léčbu bolesti přiřčeněna k odbornému oddělení jako je ARO nebo neurologie nebo pracuje pod statutem ambulance – samostatné ordinace fungující nezávislé na zdravotnickém zařízení typu poliklinika nebo nemocnice.

### **1.1.2 Diagnostika chronické bolesti**

Chronická bolest je Mezinárodní Zdravotnickou Organizací (WHO) definována v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD-10, 2007) a je řazena do kategorie nemocí R Příznaky, znaky a nálezy nezařazené jinde – přesněji jsou rozděleny do dvou kategorií. R 52.1 definována jako Chronická neztížitelná bolest a R 52.2 Jiná chronická bolest. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-IV) klasifikuje chronickou bolest bez jakékoli organické příčiny jako Chronická bolest spojená s psychologickými faktory (Verhaak, Kerssens, Dekker, Sorbi, Bensing, 1998).

Do této kategorie onemocnění spadají i další diagnózy, které se primárně nepočítají mezi diagnózy kategorie chronické bolesti. Jedná se o diagnózy jak nádorového, tak nenádorového

charakteru z celého spektra kategorie nemocí uvedených v MKN – 10. Lejčko (2009) uvádí ve své práci nejčastější diagnózy spojené s chronickou bolestí, mezi které jsou řazeny následující:

- ❖ chronické bolesti dolních a horních zad ( failed back surgery syndrom – FBSS)
- ❖ revmatická onemocnění
- ❖ bolesti hlavy
- ❖ neuropatické bolesti
  - bolesti u neurologických onemocnění typu roztroušená skleróza, amyotrofická laterální skleróza, syringomyelie, aj.
  - diabetická polyneuropatie
  - postherpetická neuralgie
- ❖ posttraumatické a pooperační bolesti
- ❖ chronická viscerální bolest
  - chronická pankreatitida
  - chronická intersticiální cystitida
- ❖ fibromyalgie, myofasciální syndrom
- ❖ komplexní regionální bolestivý syndrom
  - algodystrofie
  - reflexní sympatická dystrofie
- ❖ nádorové bolesti

Dlouhá, Havlíková, Marek (2002) a Lejčko (2009) se nezávisle na sobě ve svých pracích shodli na tom, že „důležitým aspektem diagnostiky chronické bolesti je lokalizace bolesti, časová anamnéza poukazující na vznik bolestivých stavů, intenzita bolestivých stavů, jejich charakter, ovlivnění kvality života a úroveň psychosociálních vztahů. Mezi standardizované nástroje diagnostiky patří standardizované škály pro hodnocení intenzity bolesti pomocí numerické či vizuálně analogové škály.

V případě diagnostiky chronické bolesti je nutné se zaměřit také na možnosti vzniku adjuvantních diagnóz, které jsou úzce spojeny s diagnózou chronické bolesti. Ve vysokém procentu případů se jedná o psychiatrické diagnózy nebo revmatologické diagnózy. Vzhledem k tomuto je nutno přistupovat k diagnostice chronické bolesti multidisciplinárně a ne se pouze zaměřovat na příčinu bolesti, ale také na stavy vznikající ve spojení s chronickými bolestivými stavy. Tento přístup je nutné zachovávat vzhledem k tomu, že přidružené diagnózy mohou být v případě segmentu pacientů s chronickou bolestí spouštěčem abúzu

opioidních analgetik na lékařský předpis samotných nebo v kombinaci s návykovou látkou alkoholového či nealkoholového charakteru.

Velice důležitým aspektem v diagnostice tohoto stavu je znalost ošetřujícího lékaře předešlé drogovou anamnézy pacienta.

### 1.1.3 Nejčastější diagnózy spojené s bolestivými chronickými stavy ve věkové kohortě 50 – 64 let

Pečlivě provedená anamnéza pacienta a následná specializovaná vyšetření, která doplňují do té doby provedena pouze orientační vyšetření a subjektivní pocity pacienta popisující jednotlivé bolestivé stavy. Všechny výše uvedené faktory vedou následně ke správnému přiřazení diagnózy u jednotlivých pacientů za použití diagnostického nástroje MKN – 10.

Za použití MKN – 10 lze stanovit přehled nejčastěji se vyskytujících diagnóz u pacientů s diagnózou chronické bolesti. Atluri et al. (2003) udává, že podle celoživotní prevalence výskytu diagnóz spojených s chronickou bolestí u pacientů v tomto segmentu se nejvíce objevuje kategorie onemocnění **M Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně**. Tato prevalence je udávána okolo 65 až 80 %.

V rámci této kategorie bylo zjištěno, že největší procento pacientů, okolo 60 %, trpí diagnózou M 96 Onemocnění svalové a kosterní soustavy po výkonech, nezařazené jinde (M 96.1 Failed Back Surgery Syndrome) spadající do oblasti Jiná onemocnění svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně. Druhou nejčastější diagnózu řadící se do této kategorie představuje M 50 – 54 Jiné dorzopatie (M 51.2 Jiný určený výhřez meziobratlové ploténky, M 54.2 Cervikalgie)

Další diagnózy, které se častěji vyskytují u pacientů s chronickou bolestí, se řadí do kategorií onemocnění **G Nemoci nervové soustavy** a **C Novotvary**. Do kategorie onemocnění **G Nemoci nervové soustavy** u pacientů s diagnózou chronické bolesti se nejčastěji řadí Onemocnění nervů, nervových kořenů a pletení a Polyneuropatie a jiné nemoci periferní nervové soustavy. Do kategorie onemocnění **C Novotvary** řadíme např. Zhoubné novotvary trávicího ústrojí.

Kategorie onemocnění **M Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně**, **G Nemoci nervové soustavy** a **R Příznaky, znaky a nálezy nezařazené jinde** jsou řazeny specialisty pro léčbu bolesti mezi diagnózy chronické bolesti nádorového charakteru/původu. Oproti tomu kategorie onemocnění **C Novotvary** se řadí mezi diagnózy chronické bolesti nádorového charakteru/původu.

## 1.2 Opioidní analgetika

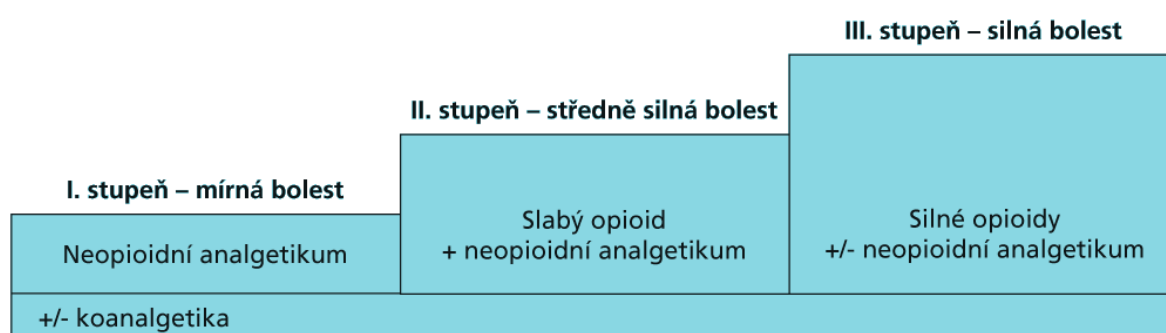
V rámci této studie je nutno se podívat blížeji na problematiku opioidních analgetik na lékařský předpis z důvodů stoupajícího čísla případů abúzu těchto medikamentů v rámci segmentu pacientů s diagnózou chronické bolesti. Jedná se jak o abúzus medikamentů samotných, tak abúzus těchto medikamentů v kombinaci s návykovou látkou jak alkoholového, tak nealkoholového charakteru.

„Opioidy představují typ medikace, která je řazena mezi analgetika nebo jsou také označovány jako léky ulevující od bolesti, které jsou předepisovány za normálních podmínek pro léčbu bolesti. Při správném užívání a dodržování předepsaných dávek lékařem nehrozí pacientovi vznik závislosti na těchto medikamentech.“ Tato definice popisující opioidní analgetika na lékařský předpis byla formulována National Institute of Health a National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2009, str. 2, para. 1,4).

Tento typ medikace je používán jak v rámci léčby akutní bolesti, tak bolesti chronické nádorového i nenádorového charakteru. Opioidní analgetika na lékařský předpis jsou na základě jejich síly a účinnosti dělena do skupin. Analgetika jsou dle World Health Organization (WHO) děleny do tří skupin (Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008):

- ❖ analgetika I. stupně – neopioidní analgetika
- ❖ analgetika II. stupně – slabé opioidy
- ❖ analgetika III. stupně – silné opioidy

### 1.2.1 Algeziologické dělení opioidních analgetik dle WHO



Graf č. 1 Analgetický žebříček WHO

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP v publikaci Doporučení pro praxi (2008), Lejčko (2009) a Nosková (2010) pracují ve svých publikacích s analgetickým žebříčkem WHO, který byl na základě potřeb zdravotnického personálu v nedávné době upraven.

## 1. Analgetika I. stupně WHO – neopioidní analgetika

### a) Analgetika – antipyretika

V rámci této kategorie jsou u pacientů s chronickou bolestí používány tyto medikamenty: paracetamol, kyselina acetylsalicylová a metamizol.

Paracetamol představuje jedno z relativně nejbezpečnějších analgetik v této kategorii. Jedná se o lék 1. volby u pacientů s chronickou bolestí, neboť se jedná o analgetikum s dobrou tolerabilitou a nízkou toxicitou. Vhodnou indikační skupinou jsou pacienti s chronickou bolestí ve věkové kohortě 50 – 64 let a 65 let a více.

Kyselina acetylsalicylová představuje neopioidní analgetikum, které bylo již dávno překonáno, ale přes svoji nebezpečnost zůstává používáno v léčbě chronické bolesti.

Metamizol se sice řadí mezi neopioidní analgetika na základě jeho velmi dobrých analgetických účinků, ale vzhledem k některým nebezpečným kontraindikacím jsou používána jako analgetika poslední volby. Tento typ analgetik není předepisován pro léčbu chronické bolesti.

(Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008, p. 9)

### b) Nesteroidní antiflogistika a antirevmatika (NSA)

Nesteroidní antirevmatika (NSA) představují silná analgetika, která velmi účinně tlumí bolest se stejnou pravděpodobností jako morfin, a jsou pro svůj volný prodej také velmi oblíbená mezi pacienty, kteří mají symptomy akutní nebo chronické bolesti. Nemocní s diagnózou chronické bolesti užívají tyto medikamenty po dlouhou řadu let, léčba bývá vedena nesystematicky a často jejich užití je indikováno samotnými pacienty s chronickou bolestí v různě velkých a silných dávkách. Vzhledem k těmto faktům bývá léčba těmito medikamenty často neúčinná, vedlejší účinky ze strany trávicího traktu (gastropatie, GIT hemoragie) někdy brání jejich dalšímu použití. Při polymorbiditě těchto pacientů mohou být významné i lékové interakce (např. antikoagulancia, antidiabetika). Přichází-li nemocný s nedostatečnou kontrolou bolesti, který NSA užívá chronicky, vyplatí se tyto léky vysadit a sledovat, jakou skutečnou roli v analgezií hrají. Nezřídka zjistíme, že nechybí. Jejich místo v léčbě chronické bolesti náleží v epizodickém užití, např. při aktivaci osteoporózy nebo u čerstvé kompresivní fraktury při osteoporóze. NSA mají opodstatnění i u okruhu revmatických onemocnění. Toxicita NSA stoupá s věkem (Lejčko, 2009).

Analgetický efekt NSA je závislý na velikosti podávané dávky. Další výhodou vlastností u NSA je minimální tolerance i při dlouhodobém používání a neexistence



fyzické závislosti. Přesto NSA může u pacientů s chronickou bolestí při jejich nadměrném užívání vyvolat vznik psychické závislosti (Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008, p. 10 - 11).

U NSA lze v poslední době sledovat vzestup užívání těchto léčiv pacienty. Obzvláště u léčiv, která jsou dostupná ve volném prodeji, jako jsou léky obsahující např. tyto účinné látky – diklofenak, ibuprofen. U těchto účinných látek a léčiv, která je obsahují, lze pozorovat až jejich abúzu ze strany pacientů trpících chronickou bolestí v případech nedostatečné medikace u opioidních analgetik na lékařský předpis (NIDA, 2009).

## 2. Analgetika II. stupně WHO – slabé opioidy

Jedná se o opioidní analgetika, která mají slabší analgetický efekt než silná opioidní analgetika. Vedlejší účinky těchto opioidních analgetik jsou podobného charakteru jako vedlejší účinky u silných opioidů. Mezi tyto vedlejší účinky patří např. nevolnost, útlum dechu, obštipace, ovlivnění kognitivních funkcí – sedace, ospalost, svědění, atd. Jedná se o slabé antagonisty nebo smíšené agonisty-antagonisty, které se používají k léčbě chronické bolesti spojené se stavy středně silné až silné bolesti. Diagnózy, které jsou nejčastěji léčeny těmito medikamenty, jsou nádorová onemocnění, vertebrogenní onemocnění páteře, chronické revmatické bolesti, osteoartritida. Mezi léky používané k léčbě chronické bolesti se řadí tramadol, kodein a dihydrokodein (Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008, p. 11, Nosková, 2010, Dlouhá, Havlíková, Marek, 2002).

## 3. Analgetika III. stupně WHO – silné opioidy

Do této kategorie řadíme silné opioidy. Silné opioidy jsou určeny pro silné, nezišitelné bolesti, které nelze dostatečně zmírnit neopioidními analgetiky nebo slabými opioidy. K medikamentům v této kategorii řadíme následující opioidy: morfin, fentanyl, oxycodon (čistí antagonisté), buprenorfin (částečný agonista/částečný antagonist), hydromorfon (čistý agonista).

Nežádoucí účinky této skupiny opioidů jsou stejného charakteru jako u opioidů slabých. Nejzávažnější nežádoucí účinky jsou následující: nevolnost, zvracení, dezorientace, zácpa a útlum dechu.

V rámci léčby touto skupinou opioidů je nutné považovat každého nemocného dlouhodobě léčeného opioidy za fyzicky závislého a při náhlém vysazení nebo při

snižování dávek podávaných léků je nutné počítat s rizikem vzniku abstinenčního syndromu u takto léčených pacientů. Samozřejmě, nesmíme zapomínat na riziko vzniku psychické závislosti u pacientů jak s anamnézou poukazující na předchozí historii abúzu, tak u pacientů, u kterých jakákoli evidentní předchozí historie abúzu chybí (Nosková, 2010, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008, p. 12, Kozák, 2009).

#### 4. Adjuvantní analgetika (AA)

Jedná se o skupinu léků primárně pro jinou indikaci než je bolest (epilepsie, deprese atd.). Adjuvantní analgetika se užívají pro svůj analgetický efekt samostatně nebo jako doplněk při základní analgetické medikaci.

Koanalgetika a jejich účinky příznivě ovlivňují vedení bolesti nervovými vlákny. Bývají také označovány jako modulatory bolesti. Přehled farmak (Nosková, 2010, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008, p. 12):

- ❖ Antiepileptika
- ❖ Antidepresiva
- ❖ Myorelaxancia
- ❖ Kortikosteroidy
- ❖ Lokální anestetika

#### 5. Pomocná léčiva

Pomocná léčiva představují skupinu léků, které se používají k prevenci a terapii nežádoucích účinků analgetik. Na počátku léčby opioidy se zařazují antiemetika. Častým nežádoucím účinkem vyskytující se u pacientů s chronickou bolestí je při dlouhodobém užívání výskyt zácpy.

Dále jsou podávány pacientům laxativa, gastroprotektiva, psychostimulancia a antipruriginóza (Nosková, 2010).

### 1.2.2 Účinné látky předepisovaných opioidních analgetik

Opioidní analgetika se dělí do dvou kategorií. Podle analgetického žebříčku WHO se dělí na slabá a silná analgetika.

V České republice jsou v současné době dostupné slabé opioidy obsahující následující účinné látky:

- ❖ **Tramadol** – jeho hlavní výhodou je relativně nízké riziko zácpy, dobrá biologická dostupnost po perorální aplikaci a různé lékové formy. U některých pacientů se po něm objevují závratě nebo nauzea, vzácněji i jiné nežádoucí účinky. Zároveň dochází u některých pacientů ke vzniku závislosti na této lékové formě. Negativem léků s touto účinnou látkou je častá nedostatečná analgetická aktivita. Analgetický účinek tramadol se však dá podstatně zvýšit současným podáváním paracetamolu (Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008, Kozák, 2009, Lávičková, 2010).

Toho času je v České republice registrováno asi 400 různých balení a forem přípravku s obsahem tramadol (Nosková, 2010).

Další navyšování přípravků s touto účinnou látkou může být spouštěčem vzniku závislosti u pacientů s chronickou bolestí. Nejoblíbenější formou užívanou mezi pacienty je tramadol ve formě kapek.

- ❖ **Kodein** – je analgeticky poměrně slabý, a proto se používá prakticky jen v kombinacích, nejlépe s paracetamolem. Léky s touto účinnou látkou v kombinaci s paracetamolem jsou využívány především k řešení akutní a průlomové bolesti (Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008, Kozák, 2009, Lávičková, 2010).
- ❖ **Dihydrokodein** – jeho analgetická účinnost je podobná jako u samotného kodeinu (Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008, Kozák, 2009, Lávičková, 2010).
- ❖ **Pentazocin, butorfanol, analbufin** – jedná o účinné látky slabých opioidů, které nejsou určeny pro léčbu chronické bolesti, ale jejich uplatnění je spojeno s léčbou akutní nebo krátkodobé bolesti. U této skupiny se uplatňuje stropový efekt, což znamená, že další zvyšování dávek nevede ke zvýšení analgetického efektu, ale pouze k vyvolání vyššího výskytu nežádoucích účinků (Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008, Kozák, 2009, Lávičková, 2010).

V České republice jsou v současné době dostupné silné opioidy obsahující následující účinné látky:

- ❖ **Morfin** – jedná se o účinnou látku, která je klasickým standardem v léčbě silné bolesti. Formy léků s touto účinnou látkou se liší podle typu bolesti, kterou pacient s diagnózou chronické bolesti trpí. Pokud dojde k projevu silné akutní bolesti, je použit morfin v injekční formě. Pokud pacient trpí bolestí neměnného charakteru s chronickými projevy, dojde k použití morfinu ve formě tablet (Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008, Kozák, 2009, Lávičková, 2010).

Jedná se o nejvíce používané analgetikum ze všech dostupných opioidů (Lávičková, 2010). Zároveň také jde o analgetika, u kterých byl jednoznačně prokázán jejich závislostní potenciál.

- ❖ **Fentanyl** – jedná se analgetikum, které je v rámci území České republiky předepisován především v transdermální formě (ve formě náplastí). V menším procentu případů je předepisován fentanyl ve formě tablet na základě faktu, že se u pacientů objevuje vyšší procento nežádoucích účinků (Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008, Kozák, 2009, Lávičková, 2010).

V současné době se jedná o analgetika s touto účinnou látkou, která jsou pacienty s diagnózou chronické bolesti užívány v nadměrné míře. Nadměrné užívání medikamentů s touto účinnou látkou probíhá jak v případě medikamentů získaných na předpis, tak v případě medikamentů získaných na černém trhu (EMCDDA, 2011).

- ❖ **Hydromorfon** – jedná se o polysyntetický analog morfinu. Pro léčbu chronické bolesti spojené převážně s diagnózami nádorových onemocnění se používá perorální forma těchto medikamentů (tablety) (Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008, Kozák, 2009, Lávičková, 2010).

- ❖ **Oxykodon** – jedná se o zástupce silných opioidů určeného pro léčbu silné bolesti nenádorového charakteru a v některých případech i akutní bolesti (Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008, Kozák, 2009, Lávičková, 2010).

Léky obsahující tuto účinnou látku patří mezi medikamenty, které jsou v současné době pacienty s chronickou bolestí zneužívány v nadměrném množství z důvodů nepojících se k bolestivým stavům.

- ❖ **Buprenorfin** – jedná se o látku, která je za normálních podmínek řazena mezi slabé opioidy, ale vzhledem k účinnosti této látky je WHO řazena mezi silné opioidy. Léky s touto účinnou látkou je nutno podávat pacientům s chronickou bolestí ve vyšších dávkách. V rámci České republiky je dostupná injekční a sublingvální forma medikamentů (Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008, Kozák, 2009, Lávičková, 2010).

- ❖ **Pethidin/meperidin** – účinná látka s nižším spazmogenním efektem než morfin a vzhledem ke krátkému trvání účinku léků s těmito účinnými látkami, nedochází k použití těchto medikamentů k léčbě chronické bolesti (Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008, Kozák, 2009, Lávičková, 2010).

- ❖ **Piritramid** – účinnost toho medikamentu je delší než u pethidinu a jeho injekční forma se používá pro silnou akutní bolest. Nežádoucí účinky objevující se

v souvislosti s těmito medikamenty jsou stejné jako u ostatních medikamentů a účinných látek patřících do kategorie silných medikamentů (Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008, Kozák, 2009, Lávičková, 2010).

- ❖ **Sufentanil, alfentanil a remifentanil** – jedná se o látky podávané pouze v anesteziologickém prostředí. Do této skupiny je řazena i látka, která je na území České republiky používána v současné době pouze pro účely detoxifikační léčby psychické závislosti na opioidech ve specializovaných centrech, methadon (Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008, Kozák, 2009, Lávičková, 2010).

Tyto medikamenty jsou určeny pro silné nezišitelné bolesti, které nelze dostatečně a účinně zmírnit neopioidními analgetiky nebo slabými opioidy. Maximální denní dávky silných opioidů nejsou určeny a nejsou limitovány stropovým defektem (Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2008, Kozák, 2009).

#### ***1.2.2.1 Léky nejčastěji předepisované na území České republiky ve věkové kohortě 50-64 let***

Na území České republiky jsou mezi pacienty s chronickou bolestí ve věkové kohortě 50 až 64 let předepisovány nejčastěji této léky, které obsahují jednu z výše uvedených účinných látek z kategorie slabých nebo silných opioidů.

V rámci původní pilotní studie probíhající v období října 2009 až března 2010 jsme u 56 respondentů ve věkové kohortě zjistili, že v rámci tohoto segmentu pacientů s diagnózou chronické bolesti jsou nejčastěji předepisována tato opioidní analgetika: z kategorie slabých opioidů jsou nejčastěji předepisovány DHC s účinnou látkou dihydrokodein a Korylan s účinnou látkou kodein. Mezi nejvíce předepisovaná opioidní analgetika z kategorie silných opioidů patří Oxycontin, který obsahuje účinnou látku oxykodon. Dále jsou předepisovány opioidní analgetika Transtec (účinná látka buprenorfin), fentanyl, Durogesic a Matrifen (obsahující účinnou látku fentanyl), Sevredol a Morfin (obsahující účinnou látku morfin) a Palladone, které obsahuje účinnou látku hydromorfon (SÚKL, 2010, Lávičková, 2010).

Na základě dat, která byla shromážděna z hlášení lékáren o prodaných opiátech za první pololetí roku 2011, bylo zjištěno, že v námi zkoumaném segmentu pacientů, které trpí bolestivými stavy chronického charakteru, ve věkové kohortě 50 – 64 let jsou v současné době užívány medikamenty patřící do kategorie silných opioidů: Oxycontin, Transtec, Fentanyl a Palladone. Jedním ze zástupců opioidních analgetik na lékařský předpis z kategorie

slabých opioidů předepisovaných v tomto segmentu pacientů je DHC Continus (SÚKL, 2011).

### **1.2.3 Screening abúzu opioidních analgetik na lékařský předpis**

Chronická bolest ať nádorového nebo nenádorového charakteru je fenomén, který ovlivňuje celosvětově vysoké procento populace, což následně vede k vysoké poptávce jak po základních, tak i nadstandardních lékařských procedurách. Zároveň má chronická bolest ve vysoké míře i dopad na samotné pacienty a to nejčastěji v oblasti sociální, rodinných a osobních vztahů (American Pain Foundation, 2008, McCarbegr, Billington, 2006).

Problémy s předepisováním jednotlivých opioidních analgetik jsou spatřovány především v tom, že pro pacienta mohou z pohledu některých praktických lékařů, ale i specialistů na léčbu bolesti představovat vstupní bod vedoucí k závislosti na těchto lécích, jejich možnému zneužívání ze strany pacienta nebo užívání opioidních analgetik na lékařský předpis za účelem odvedení pozornosti pacienta od jeho současného zdravotního stavu. Praktičtí lékaři se v důsledku těchto výše uvedených faktorů dostávají do situace, kdy se dostávají do pro ně nepříjemné situace, neboť léčba pomocí opioidních analgetik na lékařský předpis se pro ně stává kontroverzní a komplikovaná (IASP, 2008).

#### **a) screeningové nástroje pro předepisování medikace u nových pacientů**

Potenciální riziko užívání opioidních analgetik na lékařský předpis musí být doprovázeno fenomény, jako jsou řízení rozvrstvení a řízení rizika předepisování léků v případě jednotlivých pacientů. Proces screeningu je zahajován hodnocením rizika vzniku závislosti, které může být velmi krátké, nebo se může sestávat z povinného psychiatrického vyšetření. Řada screeningových nástrojů, které vznikly nebo byly převedeny do užívání v rámci této problematiky, obsahují položky dotazující se pacienta na osobní a rodinou anamnézu týkající se závislosti, různých rizikových faktorů spojených s možným vznikem závislosti. Mezi tyto rizikové faktory můžeme například řadit sexuální zneužívání v pubertě a dětství, věk a psychologickou diagnózu. Některé ze screeningových nástrojů jsou specifické pro léčbu bolesti, zatímco jiné nástroje jednoduše zhodnocují rizikové faktory závislosti všeobecně (IASP, 2008).

Docela vysoký počet dostupných screeningových nástrojů je pro možnosti zhodnocení rizika vzniku závislosti u pacienta s diagnózou chronické bolesti jak požehnáním, tak prokletím. Požehnáním jsou v tom slova smyslu, že máme možnost si vybrat jakýkoli typ screeningového nástroje pro účely provedení našeho zhodnocení. Prokletím jsou z toho

důvodu, že ve velké řadě případů je složité rozhodnout, který ze screeningových nástrojů je nejlépe aplikovatelný v tom kterém případě.

V současné době nejčastěji používané nástroje pro určení možného rizika vzniku závislosti na opioidních analgetikách na lékařský předpis jsou následující:

### ***1. Drug Abuse Screening Test (DAST)***

DAST představuje 28 položkový sebehodnotící dotazník s odpověďmi ano nebo ne. Minimální počet bodů určený k indikaci možnosti drogové závislosti nebo zneužívání dané látky je číslo 6, ale samozřejmě tento počet bodů může být na základě klinických podmínek změněn. Kromě této základní verze existuje několik kratších verzí tohoto dotazníku, který může být v rámci diagnostiky použit a obsahuje buď 10, nebo 20 položek.

Plnohodnotná verze DAST dotazníku má nominální hodnotu a vysokou spolehlivost v případě retestu již jednou provedeného testu s korelačním koeficientem 0,85, což poukazuje na relativně vysokou citlivost detekovatelnosti.

Přestože DAST dotazník má řadu pozitivních aspektů pro diagnostiku, je nutné poznamenat, že první provedení testu a jeho opakování se děje po několika týdnech, což by mohlo mít dopad na psychometrické aspekty do té míry, že by mohly být ve výsledku uměle nadsazeny.

DAST má schopnost predikovat možné zneužívání nějaké návykové látky, ale v konečném důsledku se blíže nezabývá abnormálním nebo atypickým chováním v průběhu léčby bolesti (Yudko, Lozhkina, Fouts, 2007).

### ***2. Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain (SOAPP)***

SOAPP dotazník představuje sebehodnotící nástroj o 14 položkách. Tento dotazník využívá 5 bodové škály (0 = nikdy, 4 = velmi často) pro jednotlivé položky tohoto diagnostického nástroje s minimálním počtem bodů pro indikaci rizika vzniku možné drogové závislosti. Tento relativně nízký minimální počet bodů pro určení rizika vzniku závislosti byl zvolen záměrně na základě faktu, že některé z odpovědí by nemuseli zcela odpovídat chování jednotlivých pacientů ze strachu z neposkytnutí léčby opioidními analgetiky na lékařský předpis.

SOAPP je vhodnou možností ke zvážení v případě diagnostiky rizika vzniku závislosti na opioidních analgetikách. Jedná se o velice přesný nástroj pro hodnocení potenciálního

rizika abúzu u pacientů, u kterých je zvažována terapie opioidními analgetiky. Tento nástroj má dobré psychometrické vlastnosti (Akbik et al., 2006).

### **3. Opioid Risk Tool (ORT)**

ORT dotazník je jeden z nejkratších nástrojů dostupných pro zhodnocení rozvrstvení rizika vzniku závislosti. Tento dotazník se sestává z pěti sebehodnotících položek v hodnotách ano – ne. Tyto položky byly vytvořeny za účelem predikce možnosti vzniku atypického nebo abnormálního chování u pacienta, kdy jsou předepisovány opioidní analgetika u pacientů s diagnózou chronické bolesti. Položky se zabývají takovými tématy, jako jsou rodinná a osobní anamnéza týkající se zneužívání návykových látek, věk, sexuální anamnéza spojená s dotazem na sexuální zneužívání v období dospívání a preadolescence a psychologická onemocnění.

Konečný počet bodů souvisí s pohlavím odpovídajícího a v závislosti na tomto faktoru je každá z kladně zodpovězených položek následně bodově ohodnocena (0-3 představuje nízké riziko zneužívání opioidních analgetik, 4-7 střední riziko zneužívání, 8 a více vysoké riziko zneužívání).

U dotazníku byla na základě všech výše uvedených faktorů prokázána jeho excelentní rozlišovací schopnost jak u mužů, tak u žen. Tato schopnost byla potvrzena následným statistickým měřením, kdy se výsledný korelační koeficient pohyboval pro muže 0,82 a pro ženy 0,85.

V podstatě se jedná o nejjednodušší způsob pro zdravotnické pracovníky, jak provést u pacienta s diagnózou chronické bolesti zhodnocení rizika v rámci predikce problematického a rizikového chování u pacientů, u kterých jsou předepisovány opioidní analgetika na lékařský předpis (Webster, Webster, 2005).

### **4. Diagnosis, Intractability, Risk, Efficacy (DIRE)**

DIRE dotazník byl navrhnut speciálně pro odborníky zabývající se léčbou bolesti pro účely predikce efektivity analgetické léčby u pacientů s diagnózou chronické nenádorové bolesti. Velice důležitým aspektem tohoto dotazníku je jeho schopnost předvídat u pacientů s výše uvedenou diagnózou spolehlivost účinnosti dlouhodobě udržované léčby opioidními analgetiky.

Kategorie položek tohoto dotazníku jsou rozděleny následovně: diagnóza, nepoddajnost, účinnost, riziko, což je představováno následnými faktory – psychologické a chemické



zdraví, spolehlivost a podpora ze strany okolí pacienta. Jednotlivé položky jsou hodnoceny bodově od 1 do 3 s tím, čím vyšší skóre pacient získá, tím je u tohoto pacienta vyšší pravděpodobnost úspěšnosti léčby opioidními analgetiky.

Z celkového pohledu se jedná o nástroj, který je velice jednoduše použitelný a jeho užití v interakci s pacientem jakémukoli zdravotnickému pracovníkovi nezabere více než dvě minuty a zároveň nedochází k jakémukoli snížení efektivity tohoto nástroje (Belgrade, Schamber, Lindgren, 2006).

## **b) screeningové nástroje u pacientů v léčbě**

Na základě toho, že u pacienta s chronickou bolestí probíhá při vstupu do léčby opioidní analgetiky screening pravděpodobné možnosti projevení závislostního chování a možnosti výskytu zneužívání opioidních analgetik, bylo nutno přistoupit k tomu, aby u pacientů byl screening na abúzus opioidních analgetik prováděn i v průběhu probíhající léčby.

Passik a Weinreb (2000) poukazují na to, že v rámci úspěšného režimu zvládnutí léčby opioidními analgetiky, je nutné, aby zdravotničtí pracovníci a to hlavně všeobecní lékaři a algeziologové sledovali tzv. 4 „A“ (analgesia = hladinu předepisovaných léčiv, activities of daily living = aktivity běžného dne pacienta, adverse events = nepříznivé vlivy léčby na pacienta, aberrant drug-taking behaviour = atypické/nenormální přístup pacienta k užívání opioidních analgetik).

### ***1. Pain Assessment and Documentation Tool (PADT)***

Passik et al. (2004, 2005) představili dotazník na hodnocení bolesti a nástroj k dokumentování chování pacienta v rámci užívání opioidních analgetik na lékařský předpis.

PADT dotazník byl vyvinut jako intuitivní, pragmatický a adaptabilní pro jednotlivé zdravotnické pracovníky, kteří jsou zrovna v kontaktu s daným pacientem. V počátcích vyplnění tohoto dotazníku trvalo mezi deseti až dvaceti minutami, v současné době je dotazník používán zdravotnickými pracovníky ve zkrácené verzi, která zabere pouze několik minut (Passik et al., 2005).

## **2. *Current Opioid Misuse Measure (COMM)***

Zároveň s dotazníkem PADT byl vytvořen dotazník určený populaci pacientů, kteří jsou již delší dobu zapojeni do léčby v rámci Center a Ambulancí pro léčbu bolesti a již nějakou dobu užívají opioidní analgetika vázána na lékařský předpis.

Prvotně tento dotazník sloužil jen částečně jako nástroj pro zjišťování a hodnocení settingu v případě užívání opioidních analgetik pacienty. Kromě settingu se dotazník zabýval také jakýmkoli atypickým projevem pacienta v souvislosti s užíváním opioidních analgetik. Tyto položky byly dokumentovány zdravotnickým pracovníkem a ne samotným pacientem. Vzhledem k tomuto faktu bylo následně vybráno 17 položek do konečné formy dotazníků pro pacienta za účelem zjištění atypických znaků v chování pacienta.

COMM dotazník představuje účinný způsob zhodnocení atypického chování pacienta tady a teď (Butler at al, 2007).

## **3. *Doplnění screeningu laboratorními testy***

Kromě výše uvedených dotazníků dochází také k užití doplňkových testů, které probíhají na laboratorní bázi. Nejčastěji používaný toxikologický test používaný nejen lékaři, ale i ostatními zdravotnickými pracovníky je test moči. Tento test pomáhá prokázat, zda pacient kromě předepisovaných opioidních analgetik neužívá také nelegální návykové látky a jiné nekontrolované léky, které pacient nemá předepsány.

Test moči představují jeden ze základních toxikologických testů, kterým lze snížit riziko nerozeznání vznikajícího problému s abúzem opioidních analgetik na lékařský předpis.

U biologického testu moči je nutno brát v potaz, že i tento test není samospasitelný a jednoznačně prokazující rizikové chování u pacientů s chronickou bolestí užívajících opioidní analgetika vzhledem k tomu, že výsledky mohou být v některých případech buď falešně pozitivní, nebo falešně negativní (Heit, Gourlay, 2004).

### **1.2.4 Abúzus opioidních analgetik ve věkové kohortě 50 – 64 let**

Opioidní analgetika jsou léky, které jsou za normálních podmínek určeny k léčbě symptomů onemocnění, jež jsou spojeny s bolestí stavu akutního nebo chronického charakteru. Analgetika neboli léky proti bolesti představují v tomto případě medikamenty, které jsou distribuovány k pacientům, u kterých byla určena diagnóza řadící se mezi diagnózy patřící buď do skupiny diagnóz spojených s chronickou nádorovou bolestí, nebo chronickou nenádorovou bolestí, na základě lékařského předpisu. Indikace těchto léků spočívá v úlevě od

bolesti nebo alespoň snížení síly bolesti u pacientů a usnadnění vedení produktivního života ze strany pacientů.

V převážné většině případů pacienti užívají tyto medikamenty na základě doporučení jejich ošetřujícího lékaře a podle přesně stanovených režimových opatření spojených s léčbou chronické bolesti. Ve zbylém procentu případů se pacienti s diagnózou chronické bolesti uchylují k záměrnému zneužívání opioidních analgetik. „A pokud dochází k jejich zneužívání, tak to znamená, že jsou buď užívány jinou osobou než které je daný lék určen, nebo jsou tyto léky užívány jiným způsobem nebo v jiné dávce, než bylo lékařem předepsáno“ (NIDA, 2009, str. 1, para. 2). Jedná se o případy nadměrného užívání, nesprávného užívání nebo abúzu opioidních analgetik na lékařský předpis jak ze strany pacientů s chronickou bolestí, tak ze strany zdravé populace, u které nikdy nebyla diagnostikována jediná diagnóza spojená se stavem akutní nebo chronické bolesti.

Stejně jako v případě ilegálních opioidů může i v případě opioidních analgetik na lékařský předpis docházet ke vzniku závislosti u osob užívajících tyto látky. Stejně jako u ilegálních opioidů záleží i u opioidních analgetik na lékařský předpis při vzniku závislosti na způsobu administrace dané látky. Způsoby administrace u opioidních analgetik na lékařský předpis mohou být následující:

- ❖ Per orálně ve formě tablet
- ❖ Šňupání ve formě prášku, který je vytvořen z tablet
- ❖ Injekční formou

„Dva z výše uvedených způsobů administrace opioidních analgetik v případě jejich zneužívání jsou šňupání a injekční forma, které následně po administraci vedou k rychlému uvolnění drogy do krevního oběhu a jedinec je tak následně vystaven vyšším dávkám dané látky a může tak způsobit řadu hlášených reakcí spojených s předávkováním“ (NIDA, 2009, str. 2, para. 8).

„Opakované zneužívání opioidních analgetik a opioidů samotných může vést ke vzniku závislosti – chronickému, recidivujícímu onemocnění charakterizovanému nutkavým užíváním návykových látek a jejich zneužívání navzdory jejich škodlivým důsledkům (NIDA, 2009, str. 2, para. 8). Abúzus opioidních analgetik na lékařský předpis je ve většině případů klasifikován jako tzv. non – medical use (užití léků bez jakékoli předešlé zdravotní indikace) (Lávičková, 2010). Užití opioidních analgetik, dostupných za normálních podmínek pouze na lékařský předpis, bez jakékoli předešlé zdravotní indikace v posledních několika letech velmi významně vzrostlo v rámci obecné populace. Prevalence užití opioidních analgetik bez

předešlé lékařské indikace v posledním roce v populaci obyvatelstva Spojených států Amerických, specificky v segmentu osob starších 12 let vzrostla ze 3 % na 5,1 % dle odhadů Celonárodního průzkumu zaměřeného na užívání návykových látek a zdraví (National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)). Nejvíce zasažené skupiny představují následující populační segmenty: osoby ve věkové kohortě 18 až 20 let (některé průzkumy celonárodního charakteru provedených v rámci Evropy poukazují na věkovou kohortu 18 až 24 let), muži, ženy starší 45 let a osoby, u kterých je známá předchozí drogová anamnéza (Blazer, Wu, 2009).

Ženy představují velký a nadále rostoucí segment populace, která zneužívá opioidní analgetika na lékařský předpis, v rámci populace pacientů s diagnózou chronické bolesti (Cicero et al., 2008, SAMHSA, 2006, Tetrault et al., 2008). Výzkumy provedené mimo území Spojených států Amerických prokazují, že u žen ve věkovém segmentu 50 – 64 let, které mají diagnostikovanou chronickou bolest a jsou pacientkami Centra nebo Ambulance pro léčbu bolesti, dochází ke zvýšení zneužívání opioidních analgetik na lékařský předpis za pomoci jejich vlastních předpisů (Green, Grimes Serrano, Licari, Budman, Butler, 2009).

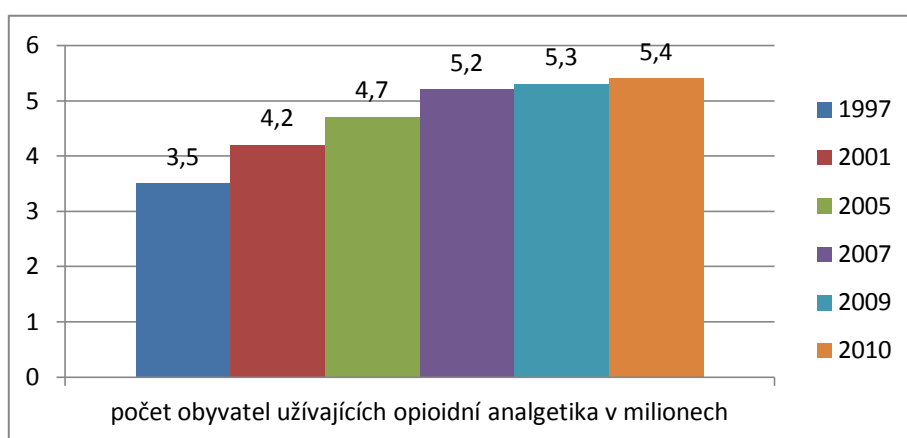
Rizikové faktory, které jsou spouštěčem pro vznik rizikového chování spojeného s užíváním opioidních analgetik na lékařský předpis bez předchozí lékařské indikace, se liší v závislosti na pohlaví. U žen mohou být těmito spouštěči následující faktory: závažné duševní onemocnění, spotřeba cigaret a věk nad 45 let. U mužů jsou spouštěči následující faktory: prevalence užití inhalačních látek za poslední rok a historií užívání alkoholu (Tetrault, Desai, Becker et al., 2007).

Prevalence výskytu závažných psychologických onemocnění u pacientů s diagnózou chronické bolesti v roce 2006 byla 24,9 milionu dospělých (představuje segment populace o velikosti 11,3 % z celkové populace USA). Tento typ onemocnění se ve sledovaném segmentu populace se vyskytuje nejméně ze všech sledovaných věkových kohort a jsou zastoupeny v 6,9 %. Navzdory tomuto nízkému výskytu psychologických onemocnění ve věkové kohortě 50 – 64 let bylo dokázáno, že vyšší prevalence tohoto typu onemocnění převažuje spíše u žen než u mužů (Manchikanti, Singh, 2008).

V období posledních několika let došlo k dramatickému zvýšení v předepisování opioidních analgetik, což zcela identicky kopíruje zvyšování fenoménu užívání opioidních analgetik bez předešlé lékařské indikace. Zvýšený počet a frekvence užívání opioidních analgetik bylo zjištěno v současné době převážně u pacientů s diagnózou chronické bolesti (Blazer, Wu, 2009). Předepisování opioidních analgetik pro účely léčby chronické bolesti se za posledních

deset let zdvojnásobilo, z 8 % na 16 %. Zároveň došlo ke zvýšení předepisování silných opioidů, jako jsou hydrokodon, oxykodon a morfin určených pro léčbu chronické svalové bolesti, z 2 % na 9 % za stejné období (Manchikanti, Singh, 2008).

Vzestup tohoto fenoménu je možno si zobrazit na statistických datech získaných v rámci průzkumů provedených jako National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) za posledních 14 let na území USA. Prevalence týkající se užití opioidních analgetik bez jakékoli předešlé zdravotní indikace za poslední rok u osob starších 12 let za rok 2009 dosahovala výše 5,3 milionu obyvatel a v roce 2010 byla výše prevalence 5,4 milionu obyvatel (NIDA, 2011) (vývoj situace viz graf č. 2).

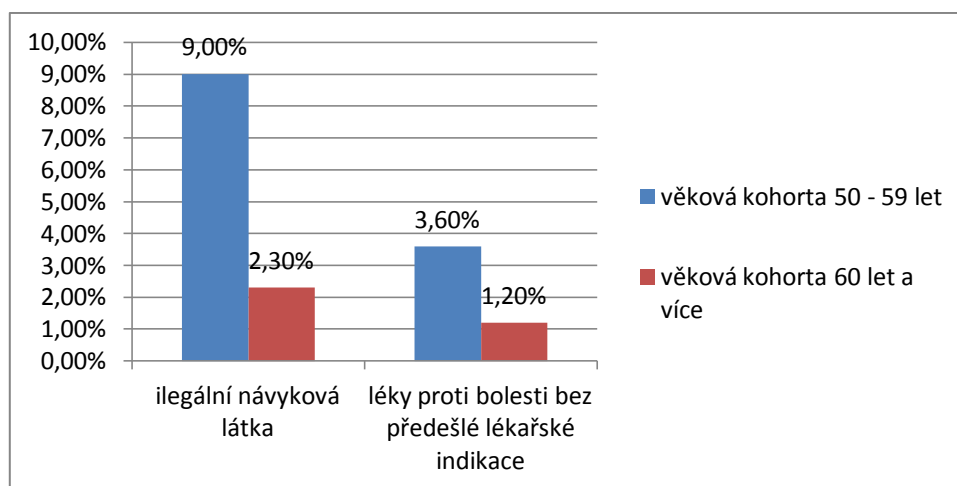


Graf č. 2 Vývoj situace v rámci prevalence užití opioidních analgetik na lékařský předpis za poslední rok v letech 1997 – 2010

Opioidní analgetika na lékařský předpis představují po alkoholu druhou nejčastější příčinu vstupu do léčby v zařízeních specializujících se na léčbu závislosti na území Spojených států Amerických v segmentu populace ve věkové kohortě 50 – 64 let a u věkové kohorty 65 let a více. Závislost na opioidních analgetících na lékařský předpis vedlo ke vstupu 22 % pacientů u věkové kohorty 50 – 54 let a 19 % pacientů u věkové kohorty 55 – 59 let do zařízení specializujících se léčbu závislosti (Blazer, Wu, 2009).

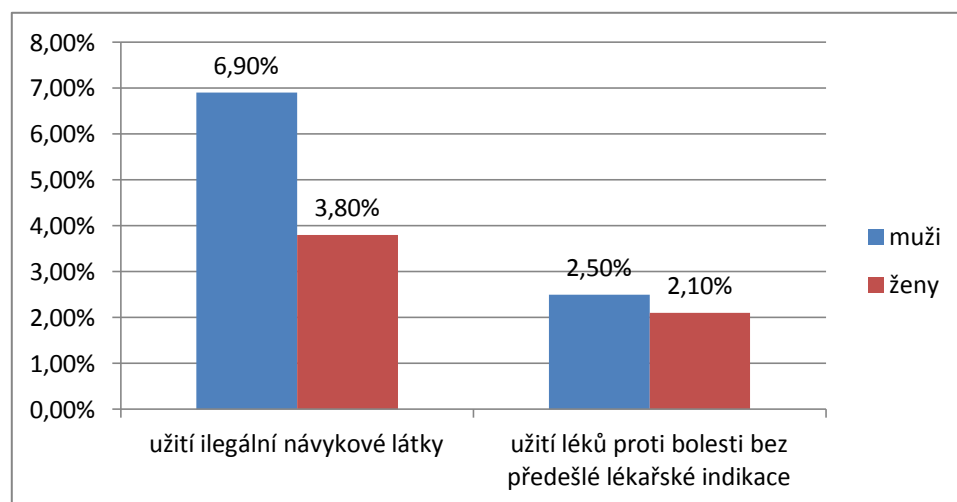
Prevalence užití léků proti bolesti bez předešlé lékařské indikace za poslední rok byla pro věkovou kohortu 50 – 64 let 31,5 %. Vyšší procento uživatelů opioidních analgetik na lékařský předpis bez předešlé lékařské indikace se objevilo v případě věkové kohorty 50 – 64 let u žen (44,4 %) než u mužů (23,4 %).

Prevalence užití léků proti bolesti bez předešlé lékařské indikace za poslední rok ve věkové kohortě 50 – 59 let byla NSDUH (2011) odhadnuta na 3,6 % a u věkové kohorty 60 let a více byla odhadnuta na 1,2 % (graf č. 3).



Graf č. 3 Prevalence užití léků proti bolesti bez předešlé lékařské indikace mezi dospělými ve věkové kohortě 50 – 64 let za poslední rok dle věkových skupin v letech 2007 až 2009 (NSDUH, 2011)

NSDUH (2011) odhadla na základě výsledků uvedených v grafu č. 3 prevalenci užití léků proti bolesti bez předešlé lékařské indikace za poslední rok ve věkové kohortě 50 let a více pro muže okolo 2,5 % a pro ženy okolo 2,1 % (graf č. 4).



Graf č. 4 Prevalence užití léků proti bolesti bez předešlé lékařské indikace u dospělých ve věku 50 let a starší za poslední rok dle pohlaví v letech 2007 až 2009 (NSDUH, 2011)

Jedinci, kteří zneužívají léky proti bolesti, představují segment populace unikátního charakteru v případě jejich sociodemografických charakteristik a způsobech užívání této návykové látky. Více než polovina nových uživatelů léků proti bolesti bez předešlé lékařské indikace jsou ženy. Zvyšování prevalence u zneužívání opioidů v této specifické skupiny uživatelů vyvolává potřebu se zaměřit na tento segment populace v případě léčby a prošetření účinnosti již existujících a dostupných forem léčby (NSDUH, 2006, Byrne, Lander, Ferris, 2009).

### **1.3 Abúzus legálních návykových látek ve věkové kohortě 50 – 64 let**

Opioidní analgetika na lékařský předpis bývají ve věkové kohortě 50 – 64 let primární návykovou látkou u pacientů s diagnózou chronické bolesti. V řadě případů se u pacientů s chronickou bolestí objevují opioidní analgetika v kombinaci s některou z legálních návykových látek (alkohol, tabák nebo volně dostupné léky). Jedná se o látky jak alkoholového, tak nealkoholového charakteru.

#### **1.3.1 Alkohol a jeho abúzus ve věkové kohortě 50 – 64 let**

U pacientů s diagnózou chronické bolesti představuje alkohol jednu z prvních voleb v případě kombinace s léky, opioidními analgetiky, které jsou získávány legálně na základě vydaných lékařských předpisů. Tuto skutečnost lze obzvláště vyzorovat u pacientů s chronickou bolestí ve věkové kohortě 50 – 64 let, přestože všeobecně známá fakta poukazují na skutečnost, že frekvence užívání alkoholu v rámci obecné populace se snižuje v závislosti na věku. Navzdory tomuto dlouho prosazovanému faktu bylo zjištěno, že v letech 2001 a 2002 došlo ve výsledcích Celonárodního epidemiologického průzkumu (National Epidemiological Survey) na území Spojených států Amerických ke zvýšení frekvence užívání alkoholu u respondentů ve věkové kohortě 50 – 64 let (Blazer, Wu, 2009).

Právě u pacientů s diagnózou chronické bolesti ve věkové kohortě 50 – 64 let bylo sledováno, že u nich došlo ke zvýšení prevalence užití alkoholu v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis za poslední rok, obzvláště pokud se týkalo rizikové užívání alkoholu nebo tzv. fenoménu binge-drinking, nadměrné množství alkoholu užití v období velmi krátkého časového úseku. S tímto chováním se v této věkové kohortě identifikovalo 14 % mužů a 6 % žen v posledním roce. Prevalence binge-drinking za posledních 30 dnů byla identifikována v případě 15 % mužů a 4,7 % žen starších 50 let.

Fenomén, který představuje binge-drinking se může velmi lišit napříč různými národy a kulturami, může znamenat potenciální problém pro mnoho národů. Například v Dánsku je tento fenomén rozšířen spíše mezi mladými lidmi, a tudíž zákonitě se výskyt tohoto jevu u dánské populace snižuje se zvyšujícím věkem dánského obyvatelstva. Těžkému užívání alkoholu se v této populaci na základě výsledků celonárodního výzkumu oddává 38 % mužů a 18 % žen. Oproti tomu ve Švédsku, kde byl proveden výzkum zdraví v rámci všeobecné populace mezi ženami, ženy ve věkové kohortě 50 – 59 let odpověděly, že v případě 56,6 % respondentů došlo k alespoň jedné epizodě tzv. binge-drinking za poslední rok a v případě 39,4 % respondentů byla alespoň jedna epizoda pozorována za poslední měsíc. Průzkum

provedený mezi pacienty s diagnózou chronické bolesti na území Brazílie prokázal, že mezi pacienty s touto diagnózou ve věkové kohortě 60 let a více se objevila alespoň jedna epizoda tzv. binge-drinking u 10,4 % respondentů další dílčí výsledky poukazují na to, že se u této věkové kohorty kromě fenoménu binge-drinking objevují také epizody těžkého užití alkoholu v případě 12 % respondentů a syndrom závislosti na alkoholu se vyskytl v případě 2,9 % respondentů (Blazer, Wu, 2009).

Ekholm, Grønbaek, Peuckmann, Sjøgren (2009) uvádějí ve své studii, která byla zaměřená na spojitost užívání opioidních analgetik na lékařský předpis v kombinaci s alkoholem u pacientů s chronickou bolestí, výsledky, které byly zjištěny v rámci průzkumu prováděného na populaci starší 16 let a obzvláště ve věkové kohortě 50 – 64 let, prokazovaly existenci alespoň jedné epizody tzv. binge-drinking, nebo alespoň jedné epizody těžké konzumace alkoholu za poslední rok.

Brennen, Schutte a Moos (2005) poukazují ve své studii věnované kombinaci alkoholu a předepisovaných opioidních analgetik na jednu důležitou skutečnost. Jedná se o fakt, který poukazuje na to, že nejzasaženějšími jedinci jsou pacienti ve věkové kohortě 50 – 64 let a 64 let a více vzhledem k tomu, že se v této kohortě objevuje vysoká prevalence bolestivosti a tím i větší pravděpodobnost užití této kombinace.

### **1.3.2 Tabák a jeho abúzus ve věkové kohortě 50 – 64 let**

Tabák, užívání tabákových výrobků a kouření je spojeno se zvyšujícím se rizikem vzniku a následného rozvoje onemocnění pojících se s bolestivými stavy. V dřívějších studiích bylo prokázáno, že pacienti s chronickou bolestí, kteří jsou zároveň i kuřáci, často referují o vyšších úrovních bolest. Stupeň bolesti a jeho výška následně ovlivňuje ve větším rozsahu fyzické, psychosociální aspekty a aspekty týkající se schopnosti vykonávat povolání pacientem. Navzdory tomu, že všechna výše uvedená fakta jsou již všeobecně známá, do současné doby netušíme, do jaké míry a jakým způsobem ovlivňuje bolest abstinence nekouření u pacientů s chronickou bolestí. Nikotin má analgetické vlastnosti, které účinkují krátkodobě a fungují na bázi léků na akutní bolest, ale zároveň deprivace nikotinem může vést ke zhoršení symptomů bolesti a nikotinová abstinence se může následně rozvinout ve zhoršení vnímání bolesti. Mnoho pacientů s diagnózou chronické bolesti, kteří kombinují opioidní analgetika na lékařský předpis s tabákem a tabákovými výrobky, používá tyto výrobky jako mechanismus pro vyrovnání se stresem a nervozitou (Shi, Hooten & Warren, 2011).



Mechanismus odpovědný za spojitost mezi kouřením a bolestí byl na základě zjištěných faktů, může být ovlivněn působením několika faktorů. Prvním z těchto faktorů je vystavení pacientů s chronickou bolestí působení nikotinu, což může následně vést k vyvoláním změn v centrálním nervovém systému. Tyto změny následně vedou ke změně vnímání bolestivých stavů u pacientů. Druhý faktor je představován účinkem nikotinu na zdravotní stav pacienta, zhoršení tohoto zdravotního stavu a následkem toho i vznikající silná bolest. Třetí faktor tohoto mechanismu úzce souvisí s využitím nikotinu jako spouštěče účinkujícího při stavech stresového a nervózního charakteru a umožňující vyrovnání s těmito stavy. Jelikož se jedná o stavy, které jsou vyvolané bolestivými stavy, může následně docházet k tomu, že u jednotlivých pacientů vzniká větší závislost na nikotinu než tomu bylo předtím. Poslední faktor, který se do tohoto mechanismu zapojuje, spojuje kouření a jednotlivé faktory ovlivňující bolestivé stavy se vznikem depresivních vztahů (Ditre, Heckman, Butts, & Brandon, 2010). Kouření funguje jako jeden z predátorů, díky kterému lze jednoznačně určit počátek depresivních stavů nebo stejně tak může již existující depresivní symptomy zvětšovat (Pasco et al., 2008).

Studie provedená Shi, Hooten et al. (2010) prokázala souvislost mezi věkovou kohortou 50 – 64 let u pacientů s chronickou bolestí, bolestivými stavy a kouřením. Tato studie prokázala, že u kuřáků se vyskytuje vyšší procento výskytu bolestivých stavů a dochází u nich k velmi častým zhoršení stávající diagnózy a stavů bolesti. Navzdory těmto skutečnostem nedochází u pacientů k rozhodnutí s ukončením užívání tabáku a tabákových výrobků, ale pacienti nikotin obsažený v tabákových výrobcích používají jako mechanismus vyrovnání se stavy bolesti, depresi a sociální situací, která se u pacientů zhoršuje jako následek přítomnosti bolesti.

Ekholm et al. (2009) ve své studii pracují s termíny každodenní kuřák (jedinec s denní spotřebou cigaret mezi 5 až 14 cigaretami) a těžký kuřák (jedinec, jehož denní spotřeba dosahuje čísla 15 cigaret a více). V rámci těchto dvou výše uvedených kategorií bylo zjištěno, že mezi všemi pacienty s diagnózou chronické bolesti zapojených do dlouhodobé léčby opioidními analgetiky na lékařský předpis se vyskytuje 67 % kuřáků. Zároveň bylo jednoznačně prokázáno, že u pacientů s diagnózou chronické bolesti ve věkové kohortě 50 – 64 let je vyšší prevalence u užívání nikotinu než u zbytku populace v této věkové kohortě, u které nedošlo k diagnostice jakékoli diagnózy spojené s chronickou bolestí. Prokazatelně vyšší prevalence kouření se ukázala u pacientů užívající opioidní analgetika na lékařský předpis než u pacientů s chronickou bolestí a medikací řadící se mezi analgetika I. stupně podle WHO (tab. č. 1).

	%	OR	95% CI	N
<b>Každodenní kuřáci</b>				
<u>Celkem</u>	27,7			5188
Chronická bolest a užívání opioidních analgetik	48,3	2,19	1,49-3,23	120
Chronická bolest a neužívání opioidních analgetik	30,0	1,05	0,99-1,24	953
Bez chronické bolesti	26,6	1		4115
<b>Těžcí kuřáci</b>				
<u>Celkem</u>	15,3			5188
Chronická bolest a užívání opioidních analgetik	30,5	2,28	1,71-2,67	120
Chronická bolest a neužívání opioidních analgetik	17,6	1,13	0,93-1,38	953
Bez chronické bolesti	14,4	1		4115

Tabulka č. 1 Výsledky multivariální regresní analýzy poukazující na spojitost mezi chronickou bolestí a chováním spojeným s kouřením (Ekholm et al, 2009)

### 1.3.3 Volně prodejné léky a jeho abúzus ve věkové kohortě 50 – 64 let

Za období posledních několika dekád minulého století a začátku 21. století došlo k vysokému nárůstu v užívání volně prodejných léků ve věkové kohortě 50 let a více v rámci všeobecné populace. Obzvláště se zvýšil počet osob užívajících tyto volně dostupné medikamenty v případě pacientů, u kterých byl diagnostikován některý ze stavů spojený s bolestivými stavy a navštěvujících některé z odborných zdravotnických pracovišť pro léčbu chronické bolesti, ve věkové kohortě 50 – 64 let (Qato, Alexander, Conti, Johnson, Schumm & Lindau, 2008).

V rámci volně prodejných léků jsou dostupné různé formy těchto medikamentů, ale v současné době na trhu převažuje forma tabletová. Obzvláště pokud se jedná kategorii volně dostupných přípravků analgetického charakteru. Do této kategorie léků patří také tyto nejznámější zástupci: aspirin (kyselina acetylsalicylová), ibuprofen a paracetamol (acetaminofen), které jsou používány jako prostředky dočasného nebo krátkodobého zbavení symptomů bolesti, zánětlivých procesů a horečnatých stavů z hlediska praktických lékařů a lékařů specializujících se na léčbu bolestivých stavů akutního i chronického charakteru. Doporučená doba užívání těchto medikamentů je kratší než 10 dnů. (tabulka č. 2) (Roumie & Griffin, 2004).

Medikament	Maximum doporučené dávky u medikamentů	
	Léky na předpis (mg/den)	Volně dostupné léky (mg/den)
Aspirin (kyselina acetylsalicylová)	6000	4000

<b>Ibuprofen</b>	<b>3200</b>	<b>1200</b>
<b>Paracetamol (acetaminofen)</b>	<b>4000</b>	<b>4000</b>

Tabulka č. 2 Volně prodejná analgetická prostředky a jejich maximální denní doporučená dávka

Epidemiologické studie, které se zabývaly problematikou užívání volně prodejných léků, vznikaly v období 90. let 20. století a byly zaměřeny na problematiku užívání těchto medikamentů v rámci věkové kohorty 50 let a více, na jejich zneužívání a nadužívání.

Roumie & Griffin (2004) v rámci své studie poukazují na to, že okolo 41 % respondentů této studie uvádělo, že dlouhodobé užívání volně prodejných analgetik nemůže vyvolat žádné zdravotní obtíže ani obtíže týkající se možnosti vzniku návyku na tyto látky. Dále uvádějí, že ve věkové kohortě 50 – 64 let představují skupinu dlouhodobých uživatelů volně prodejných léků proti bolesti užívajících alespoň dvakrát týdně převážně ženy. Muži této věkové kohorty jsou označeni jako méně ohrožená skupina populace užívající tyto látky. Ženy ve věkové kohortě 50 – 64 let užívali v 25 % léky obsahující paracetamol, ve 23 % léky obsahující účinnou látku ibuprofen a ve 22 % užívali aspirin. U mužů v této věkové kohortě je situace opačná. Muži v 22 % případů užívali aspirin, v 16 % případů léky obsahující paracetamol a ve 13 % případů léky obsahující účinnou látku ibuprofen.

Na základě výše uvedených faktů a studie provedené Lessengerem & Feinbergem (2008) lze konstatovat, že volně dostupná analgetika slouží buď jako doplňující prostředky k opioidním analgetikům na lékařský předpis za účelem překonání nebo vyrovnání se s bolestí, nebo vzhledem k nízké ceně těchto medikamentů a jejich snadné dostupnosti se jedná o alternativní formu léčby bolestivých stavů u pacienta s chronickou bolestí v případě, že došlo u něj k rozvinutí fyzické závislosti na opioidních analgetikách na lékařský předpis a tento stav byl i zároveň prokázán testováním na přítomnost těchto látek.

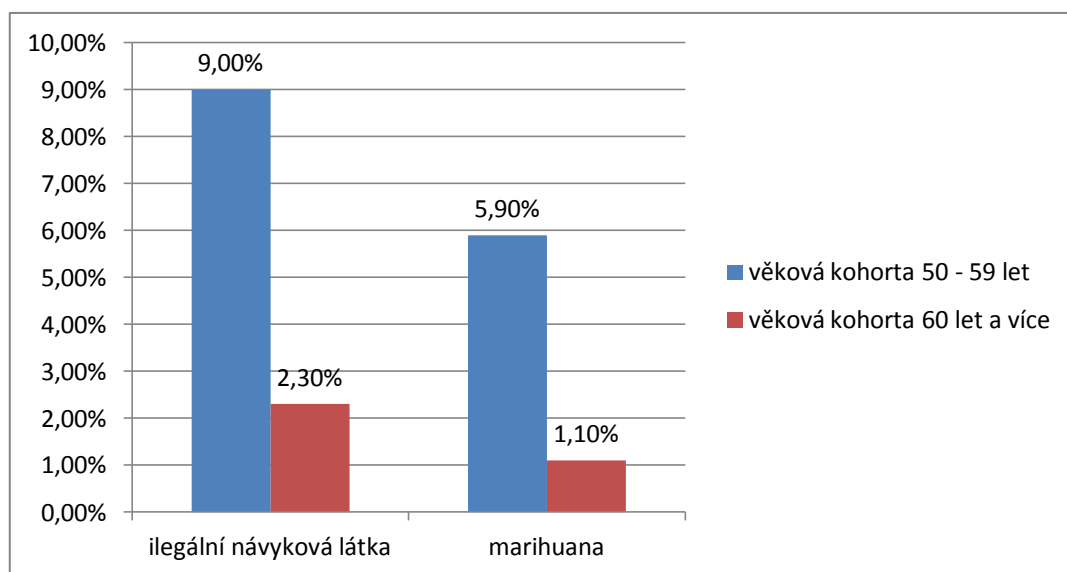
#### **1.4 Ilegální návykové látky a jejich abúzus ve věkové kohortě 50 – 64 let**

Užívání a abúzus ilegálních návykových látek se podle dosavadně zjištěných faktů všeobecně snižuje u jedince v závislosti na jeho postupném dospívání a přecházení z období mladé dospělosti do období středního věku a stáří. Přesto nedávné výzkumy ukázaly, že tzv. baby-boom generace (generace narozená v období 1946 až 1964) má pravděpodobnost výskytu vyšší prevalence užívání ilegální návykové látky, než tomu bylo u předcházejících generací v rámci této věkové kohorty (Wu, Blazer, 2010).

Přestože užívání ilegálních návykových látek představuje problémem pro jedince v různých věkových kohortách všeobecně, měla by být obzvláště brána v potaz věková kohorta osob ve věkové kohortě 50 – 64 let vzhledem k tomu, že v tomto věku prožívají velké změny psychologického, fyziologického a sociálního charakteru, které pro jedince představují výrazně větší riziko a následný vznik poškození u těchto jedinců při užívání ilegálních návykových látek. Na základě výše uvedených faktů a dat, které se týkají zvyšující se prevalence a efektu užívání ilegálních návykových látek mezi jedinci věkové kohorty 50 – 64 let, je nutné se zabývat jak lepším přístupem k tomuto problému u této specifické populace, tak naplánovat a vytvořit věkově vhodný preventivní program a specializované služby léčebného systému (NSDUH, 2011).

Ve věkové kohortě 50 – 64 let užívá ilegální návykovou látku populace okolo 4.8 milionu obyvatel (5,2 %) v období posledního roku. Nejvíce užívanou ilegální návykovou látkou v této věkové kohortě byla za období posledního roku marihuana. Celkový počet obyvatel Spojených států Amerických ve věku 50 – 64 let, kteří užili tuto návykovou látku, dosáhl za poslední rok výše 3 milionu (3,2 %).

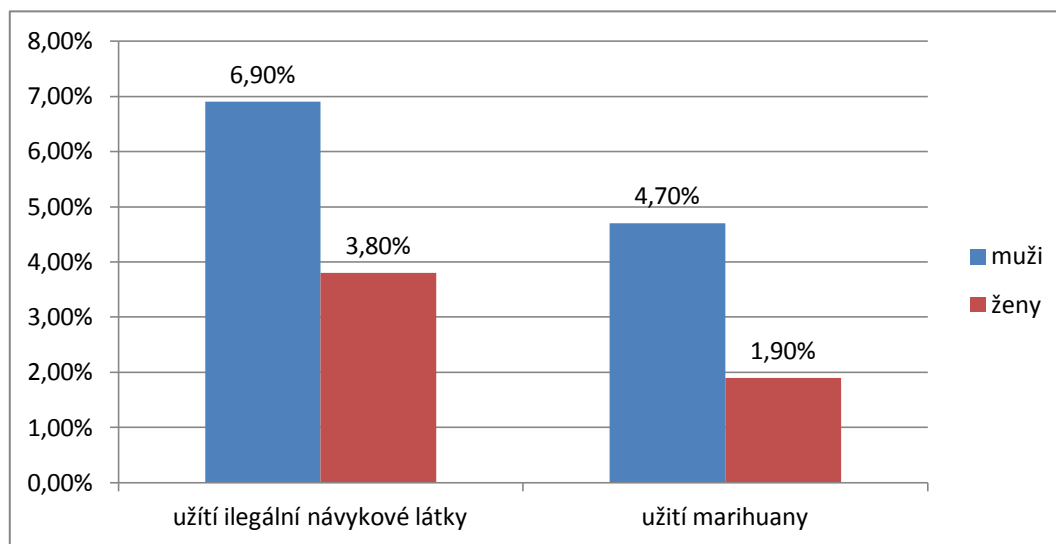
Užívání marihuany převládalo spíše ve věkové kohortě 50 – 59 let než ve věkové kohortě 60 let a více. V případě první věkové kohorty, pacienti s diagnózou chronické bolesti užili marihuanu v 5,9 % případů. U druhé věkové kohorty, ve které se nacházeli pacienti s diagnózou chronické bolesti ve věku 60 let a více, došlo z jejich strany k užití marihuany celkově v 1,1 % všech případů (graf č. 5) (NSDUH, 2011).



Graf č. 5 Prevalence užití ilegální návykové látky mezi dospělými ve věkové kohortě 50 – 64 let za poslední rok dle věkových skupin v letech 2007 až 2009 (NSDUH, 2011)

V rámci věkové kohorty 50 – 64 let u pacientů s diagnózou chronické bolesti je prokázáno, že u žen převládá spíše užívání opioidních analgetik na lékařský předpis bez předešlé lékařské indikace, než užívání ilegální návykové látky, obzvláště pokud se jedná o návykovou látku konopného charakteru, marihuanu. Oproti tomu u mužů na základě všech již zjištěných faktů bude převládat rizikové chování, které je spojené s užíváním ilegálních návykových látek.

K užití marihuany za poslední rok se přiznalo 4,7 % mužů a 1,9 % žen (graf č. 6) (NSDUH, 2011).



Graf č. 6 Prevalence užití ilegální návykové látky u dospělých ve věku 50 let a starší za poslední rok dle pohlaví v letech 2007 až 2009 (NSDUH, 2011)

V rámci této věkové kohorty bylo zjištěno, že pacienti s chronickou bolestí i osoby bez diagnózy chronické bolesti budou spíše užívat tzv. „lehké drogy“ – marihuanu než jakoukoli jinou ilegální návykovou látku. Menší počet pacientů s chronickou bolestí ve věku 50 – 64 let se kloní k užití ilegálních návykových látek stimulačního typu jako je kokain nebo crack. Pokud k užití této návykové látky v rámci této specifické skupiny pacientů s chronickou bolestí dojde, jedná se spíše o zanedbatelné množství uživatelů. Za období 2007 až 2009 užilo okolo 0,8 % až 0,9 % pacientů trpících chronickou bolestí ve věkové kohortě starší 50 let jinou ilegální návykovou látku než marihuanu. V posledním roce užilo okolo 0,6 % pacientů kokain, 0,1 % pacientů heroin, 0,1 % pacientů halucinogeny a 0,1 % pacientů těkavé látky (NSDUH, 2011).

## 2. CÍL

Jako cíl této diplomové práce jsme na základě pečlivého provedení rešerše v rámci publikovaných studií na toto specifické téma na území ČR vzhledem k absenci komplexnějších studií propojujících algeziologii a adiktologii rozhodli pro realizaci této studie, jejichž možné výstupy by neměli najít své uplatnění pouze v publikování výsledků studie, ale hlavně by se měli stát podkladem pro další práci se získanými výsledky jak z předešlé pilotní studie, tak této s účelem navrhnutí návodů určených pro rozšíření informovanosti o problematice zneužívání předepisovaných opioidních analgetik samotných nebo v kombinaci s alkoholovou nebo nealkoholovou návykovou látkou mezi zdravotnickými pracovníky Center a Ambulancí pro léčbu bolesti na území ČR.

Vzhledem k tomu, že se nám na základě rozsáhlé rešerše a výsledků získaných z předešlé pilotní studie „Kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem nebo jinou návykovou látkou“ (Lávičková, 2010) podařilo úspěšně identifikovat a formulovat problém této diplomové práce, jsme cíle v rámci řešení tohoto problému stanovili následovně.

Za primární jsme si určili cíl, popsat, k jakým kombinacím opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholovou nebo nealkoholovou návykovou látkou dochází u pacientů trpících chronickou bolestí ve věkové kohortě 50 – 64 let. Součástí tohoto cíle jsme si stanovili za úkol popsání za jakých podmínek a v jakých situacích k tomuto chování dochází (zjištění settingu).

Další cíle, na které jsme se zaměřili v rámci této studie a které jsme si stanovili za účelem potvrzení hlavních výzkumných otázek námi formulovaných, jsou:

- ❖ Popsat časté kombinace předepisované medikace s více návykovými látkami současně u věkové kohorty 50 – 64 let. Kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis není spojena výhradně s jednou návykovou látkou alkoholového nebo nealkoholového charakteru, ale dochází ke kombinaci předepisované medikace s více návykovými látkami současně.
- ❖ Popsat fenomén abúzu opioidních analgetik na lékařský předpis z jiného důvodu než lékařem určeného účelu.
- ❖ Zjištění četnosti výskytu abúzu předepisovaných opioidních analgetik na lékařský předpis mezi pacienty trpících chronickou bolestí. V rámci tohoto cíle bychom se také

rádi pokusili poukázat a popsat jednotlivé důvody, které vedou pacienty s diagnózou chronické bolesti k abúzu opioidních analgetik na lékařský předpis.

- ❖ Popis vzorce abúzu opioidních analgetik na lékařský předpis u pacientů s chronickou bolestí a jeho následné navázání na určitou diagnózu. Zároveň je nutno se pokusit o popsání frekvence tohoto jevu.
- ❖ Popis nejčastěji užívaných opioidních analgetik na lékařský předpis pacienty s chronickou bolestí.

### 3. METODOLOGIE

#### 3.1 Obecný metodologický proces

Výsledky pilotní studie jsme se rozhodli více prozkoumat, a proto jsme se přistoupili k následné studii kvalitativního charakteru. V rámci této studie jsme se rozhodli použít pro práci s respondenty studie a sběr dat za pomoci hloubkového polostrukturovaného interview zaměřujícího se na předepisovanou medikaci opioidních analgetik v segmentu pacientů s chronickou bolestí ve věkové kohortě 50 – 64 let v kombinaci s alkoholem nebo nealkoholovými návykovými látkami jak legálního (např. volně prodejné léky, tabákové výrobky), tak ilegálního charakteru (např. marihuana, metamfetaminy) v rámci Center a Ambulancí pro léčbu bolesti.

Pro potřeby hloubkového polostrukturovaného interview jsme sestavili tabulku s otázkami (příloha č. 1) pro vedení rozhovoru s respondenty této studie. Tabulka s otázkami byla rozdělena na dvě části: sociodemografickou část a část obsahující otázky výzkumného rozhovoru.

Výběr Center a Ambulancí pro léčbu bolesti probíhal klustrovým totálním výběrem, kdy jsme z celkového počtu 87 Center a Ambulancí pro léčbu bolesti dostupných na území České republiky (Linka proti bolesti, 2011) za pomoci této metody zvolili čtyři později námi oslovená zdravotnická pracoviště. Pro výběr respondentů, kteří byli pacienti těchto pracovišť a kteří byli zapojeni do této studie, jsme zvolili metodu stratifikované výběru za pomoci nuceného výběru.

#### 3.2 Popis výzkumného souboru

V původní pilotní studii zaměřené na kombinaci opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem nebo jinou návykovou látkou, z které vycházíme pro potřeby této studie, jsme pracovali se základním souborem ve věkové kohortě 18 – 64 let. Na základě výše uvedených výsledků (viz kapitola 3.1) jsme se rozhodli pro práci se základním souborem, který byl zúžen z původního základního souboru segmentu pacientů na segment pacientů ve věkové kohortě 50 – 64 let.

U respondentů ve věkové kohortě 50 – 64 let jsme přistoupili za pomoci kvalitativní metody hloubkového polostrukturovaného interview k hlubšímu prozkoumání již dříve získaných výsledků týkajících se abúzu opioidních analgetik na lékařský předpis v závislosti na přítomnosti diagnózy chronické bolesti u respondenta zapojeného do této studie a možnosti



výskytu rizikových faktorů vedoucích k tomuto typu abúzu. Mezi tyto rizikové faktory řadíme pohlaví pacienta, věk pacienta a dostupnost předepisovaných i volně dostupných léků pro pacienty u této věkové kohorty.

Vzhledem k výskytu této rizikové skupiny pacientů jsme se rozhodli pro provedení dalšího šetření u této skupiny pacientů. Rozhodli jsme se pro důkladnější prozkoumání výše uvedených rizikových faktorů u tohoto segmentu populace za pomoci vedení hloubkových polostrukturovaných interview se zástupci tohoto segmentu.

Do tohoto výzkumného souboru byli zařazeni respondenti, kteří splňovali následující základní podmínky. Podmínky pro zařazení do studie byly specifikovány následovně. Respondent, který byl zapojen do této studie, musel splňovat podmínku příslušnosti do věkové kohorty 50 – 64 let, musel být aktivním pacientem Centra nebo Ambulance pro léčbu bolesti, u kterého se projeví zdravotní problémy spojené s jednou z diagnóz mnoha diagnóz spojených s chronickou bolestí. Respondent také musel splňovat podmínku užívání opioidních analgetik na lékařský předpis alespoň po dobu dvou let.

Sběr dat jsme prováděli ve čtyřech Centrech a Ambulancích pro léčbu bolesti na území České republiky. Mezi oslovená a následně spolupracující zdravotnická zařízení náleží: Centrum pro léčbu bolesti a výzkum bolestivých stavů při Klinice rehabilitace 2. LF UK a FN Motol, Centrum pro léčbu bolesti FN Bulovka, Centrum pro léčbu bolesti FN Olomouc a Centra pro léčbu bolesti při Anesteziologicko-resuscitační klinice FN u Sv. Anny v Brně.

V rámci čtyř námi oslovených Center pro léčbu bolesti (výběr byl proveden metodou totálního klustrového výběru) došlo k záměrnému výběru respondentů u této věkové kohorty za spolupráce personálu jednotlivých zařízení.

Soubor respondentů v rámci této studie by měl dosáhnout velikosti o celkovém počtu 20 – 35 osob.

### 3.3 Výzkumné otázky

Vzhledem k získaným výsledkům z původní pilotní studie (Lávičková, 2010) jsme se rozhodli pro kvalitativní formu výzkumu prováděnou za pomoci polostrukturovaných rozhovorů s respondenty (pacienty s diagnózou chronické bolesti) za účelem získání detailnějších a podrobnějších dat týkající se tohoto problému. Za účelem tohoto úkolu jsme stanovili tyto níže uvedené výzkumné otázky:

1, Jaké jsou rozdíly ve zkušenostech a postojích k užívání opioidních analgetik na lékařský předpis v této věkové kohortě mezi muži a ženami? Převládá vyšší prevalence mezi ženami než mezi muži?

2, V jakých situacích a za jakých podmínek dochází k užívání opioidních analgetik pro nelékařské účely?

2.1, Kdo jiný má k těmto lékům přístup kromě pacientů s chronickou bolestí?

3, Co převažuje u pacientů s chronickou bolestí více v kombinaci s předepsanou medikací? Užívání alkoholu? Kouření? Užívání jiných medikamentů? Užívání ilegálních návykových látek? Nebo kombinace více faktorů dohromady?

### **3.4 Nástroje výzkumu**

Pro účely možného úspěšného studie kvalitativního charakteru s jednotlivými respondenty studie jsme sestavili následující nástroje:

- a) tabulka obsahující otázky určené k vedení polostrukturovaných interview (příloha č. 1)
- b) přehled předepisovaných opioidních analgetik na území České republiky (příloha č. 2)
- c) četnost pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky (příloha č. 5)
- d) studie kohort (příloha č. 6)

#### **3.4.1 Tabulka s otázkami pro vedení polostrukturovaných interview**

V průběhu přípravných prací na provádění polostrukturovaných interview v rámci studie jsme připravili tabulku, která obsahovala jednotlivé otázky pro polostrukturované interview. Tabulku jsme pro účely zjednodušení následné práce se získanými daty rozdělili na dvě části.

První část tabulky obsahuje otázky zaměřené na popis výzkumného souboru. Popis tohoto výzkumného souboru je prováděn za pomoci jednotlivých sociodemografických ukazatelů, které slouží k získání základních statistických dat o výzkumném souboru pacientů s chronickou bolestí ve věkové kohortě 50 – 64 let. Další otázky, které tato část tabulky obsahuje, jsou zaměřeny na ukazatele zabývající se délkou léčby chronické bolesti v rámci tohoto výzkumného souboru a první návštěvu specializovaného zařízení zaměřeného na léčbu bolesti. Posledním ukazatelem, na který se tato část polostrukturovaného interview s respondentem zaměřuje, je diagnóza pacienta Centra nebo Ambulance pro léčbu bolesti a její zařízení dle diagnostického manuálu MKN – 10.

Druhou část tabulky s otázkami pro polostrukturované interview jsme zaměřili na otázky formulované za účelem vedení vlastního výzkumného rozhovoru s respondentem. Vzhledem k tématu studie jsme jednotlivé výzkumné otázky na několik oblastí, které se vždy zabývali detailnějším pohledem na jednu z námi specificky dotazovanou oblast. Otázky výzkumné části jsme zaměřili na následující oblasti:

- a) trend abúzu opioidních analgetik na lékařský předpis a jeho četnost výskytu v rámci poskytované péče pacientům s diagnózou chronické bolesti ve věkové kohortě 50 – 64 let na území České republiky
- b) četnost výskytu kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem ve věkové kohortě 50 – 64 let u pacientů s diagnózou chronické bolesti
- c) četnost výskytu kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s tabákem/ tabákovými výrobky ve věkové kohortě 50 – 64 let u pacientů s diagnózou chronické bolesti
- d) četnost výskytu kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s nealkoholovými návykovými látkami, s volně prodejnými léky proti bolesti, ve věkové kohortě 50 – 64 let u pacientů s diagnózou chronické bolesti
- e) četnost výskytu kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s ilegálními návykovými látkami ve věkové kohortě 50 – 64 let u pacientů s diagnózou chronické bolesti

### **3.4.2 Přehled předepisovaných opioidních analgetika na území České republiky**

Za účelem jednodušší orientace v předepisovaných opioidních analgetících u jednotlivých pacientů ze spolupracujících Center a Ambulancí pro léčbu bolesti jsme sestavili tabulku, která obsahovala přehled všech schválených a předepisovaných analgetik na území České republiky za pomoci dat získaných na začátku března 2011 od Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL).

Tabulku s přehledem jednotlivých opioidních analgetik na lékařský předpis jsme navrhli následovně:

- a) kategorizace podle analgetického stupně jejich zařazení a podle stupně účinnosti jednotlivých opioidních analgetik na lékařský předpis (podle kategorizace WHO)
- b) kategorizace dle názvu léky
- c) kategorizace dle ATC skupiny opioidních analgetik na lékařský předpis

d) kategorizace dle účinné látky předepisovaného opioidního analgetika

### **3.4.3 Četnost pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky**

Na základě toho, že v současné době není dostupný údaj poukazující na četnost pacientů s diagnózou, která je řadí mezi pacienty s chronickou bolestí léčící se na půdě jednotlivých Center a Ambulancí pro léčbu bolesti, jsme přistoupili k sestavení dotazníku pro substudii, jež byla určena a specificky zaměřena na odbornou veřejnost, zdravotnické pracovníky (lékaře, psychology a střední zdravotnický personál), pracujících s naší cílovou skupinou.

Vzhledem k těmto známým faktům jsme sestavili dotazník, který se dotazoval na počet pacientů, kteří v době provádění substudie byli vedeni v docházce jednotlivých zdravotnických zařízení. Jednotlivé otázky byly formulovány za účelem zjištění nejen celkového počtu, ale také počtu pacientů spadajících do jednotlivých věkových skupin. Věkové skupiny pro účely této substudie byly formulovány následovně: 18 – 24 let, 25 – 49 let, 50 – 64 let a 65 let a více. Celé šetření v rámci těchto věkových skupin a celkového počtu všech pacientů s diagnózou chronické bolesti docházejících do Center a Ambulancí pro léčbu bolesti bylo prováděno odděleně pro muže a ženy.

Další faktory, které jsou z našeho pohledu důležitými pro určený celkový počet pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky a které byly zavzaty do dotazníkového nástroje této substudie, jsou nejčastěji předepisována opioidní analgetika jednotlivými lékaři Center a Ambulancí pro léčbu bolesti a nejčastěji se vyskytující diagnózy u pacientů těchto zdravotnických zařízení.

Posledním aspektem, který jsme zahrnuli do dotazníku substudie, byla četnost a opakovanost návštěv pacientů jednotlivých Center a Ambulancí pro léčbu bolesti. Periodicita jednotlivých návštěv a kontrol u pacientů těchto specializovaných zdravotnických zařízení byla sledována v následujících intervalech. Intervaly jsme specifikovali následovně: každý měsíc, jednou za dva nebo tři měsíce, jednou za šest měsíců a jiná periodicita.

### **3.4.4 Studie kohort**

Studie kohort byla designovaná tak, abychom mohli sledovat, jaké aspekty mohou vést u pacientů s chronickou bolestí k abúzu opioidních analgetik na lékařský předpis a s tím v kombinaci alkohol, tabákové výrobky, volně prodejné léky nebo ilegální návykové látky

nealkoholového charakteru. Za účely této studie sestavili nástroj ve formě dotazníku (příloha č. 6).

Dotazník jsme rozdělili na tři části, z nichž každá byla zaměřena na jinou oblast života respondentů. První část dotazníku byla na základě námi použitých otázek zaměřena na spánek, jeho kvalitu a spokojenost respondenta s jeho současným fyzickým a psychickým stavem. Druhá část dotazníku obsahuje otázky, které se jednotlivých respondentů z řad pacientů s diagnózou chronické bolesti dotazují na existenci přítomnosti úzkostných stavů, jejich projevů, na existenci spouštěčů těchto stavů a řešení těchto stavů za pomoci alkoholu, tabákových výrobků a léků (volně prodejných léků, ale i léků na lékařský předpis) u respondentů této substudie. Poslední část dotazníku jsme zaměřili na údaje zabývající se socio-demografickými a environmentálními daty a na informace, které se respondentů této substudie dotazovaly na přesnou diagnózu, délku léčby stavů chronické bolesti a 1. návštěvu Centra nebo Ambulance pro léčbu bolesti.

Daný dotazníkový nástroj byl námi sestaven za použití standardizovaných nástrojů a vytvořením oblasti otázek, které vznikly formou tvorby otázek „de novo“. Tyto standardizované nástroje, které jsme použili, představovaly následující dotazníky:

a) Dotazník „Jak spíte?“ používaný praktickými a specializovanými lékaři na určení toho, jaké kvality dosahuje spánek u jednotlivých respondentů a determinuje vliv jednotlivých faktorů na kvalitu spánku. Pro první část dotazníku určeného na studii kohort byly námi použity z dotazníku otázky č. 3, 4, 5, 8.

b) Beckův inventář úzkosti (Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective, Beck, A.T. & Emery, G., 1985) představuje dotazník, z kterého jsme použili osm otázek, jež byly použity k sestavení prvního oddílu druhé části dotazníku. Využité otázky představují č. 4, 5, 8 – 10, 14, 16 a 17.

c) Audit (AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test, 1989) je dotazník, který se používá k určení závislosti na alkoholu. Z dotazníku jsme využili k sestavení druhého oddílu druhé části dotazníku, která se zaměřuje na interakci alkoholu a opioidních analgetik na lékařský předpis u respondentů substudie, otázky č. 1, 2, 3, 7.

d) Fagerströmův test nikotinové závislosti (The Fagerström Test of Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire, 1991) je využíván k určení závislosti na tabáku a tabákových výrobcích. Pro účely vytvoření třetího oddílu druhé části dotazníku jsme použili otázky č. 1, 4, 5 a 6.

e) Poslední část dotazníku, která se zabývala socio-demografickými a environmentálními údaji, byla námi sestavena za pomoci dotazníků CANLONG (Vliv psychosociálních faktorů a settingů na akutní a dlouhodobý efekt užívání kanabis z hlediska psychiatrických, psychologických a sociálních rizik, Miovský, M., Čermák, I., Grant GAČR č. 406/02/1449A) a dotazník AMSY (amotivační syndrom u uživatelů konopných drog) a z nich vybrali standardizované otázky zaměřující se na tyto faktory: věk, pohlaví, vzdělání a ekonomické zajištění za posledních 30 dní u všech respondentů.

### **3.5 Metody zpracování a analýzy dat**

Každý respondent této studie obdržel unikátní kód za účelem udržení anonymity každého respondenta. Unikátní kód respondenta byl vytvořen třemi čísly. První číslo od 1 do 4 představuje v tomto kódu dané Centrum nebo Ambulanci pro léčbu bolesti, kde proběhlo polostrukturované interview s respondentem do této studie. Druhé číslo od 01 do 25 představuje v unikátním kódu respondenta číslo respondenta v dané studii vzhledem k tomu, kdy bylo prováděno interview s respondentem (příloha č. 4).

V rámci první části tabulky pro vedení rozhovorů jsme se zabývali sociodemografickými daty a daty soustředící se na fakta spojená s léčbou bolesti u pacienta. Sociodemografická data, která jsme sbírali, jsme zkoumali za pomoci několika určujících faktorů, jako jsou věk, pohlaví, oblast a místo původu, ekonomická aktivita za posledních 30 dnů a nejvyšší dosažené vzdělání. Data spojená s fakty o léčbě bolesti u pacienta jsme zkoumali z hlediska těchto faktorů: 1. návštěva Centra/Ambulance pro léčbu bolesti, délka léčby chronické bolesti, předepisované medikamenty (opioidní analgetika na lékařský předpis), délka užívání předepisovaných opioidních analgetik a diagnóza (příloha č. 1).

Dodatečně k této hlavní studii vznikly dvě substudie. Substudie, které se týkaly četnosti pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky (příloha č. 5) a studie kohort v rámci zdravotnického zařízení Centra pro léčení a výzkum bolestivých stavů FN Motol (příloha č. 6).

#### **3.5.1 Zpracování dat**

Studie zabývající se „Medikací opioidních analgetik na lékařský předpis v kombinaci s alkoholem nebo jinou návykovou látkou u věkové kohorty 50 – 64 let“ byla námi nadesignovaná tak, že jako hlavní studii jsme zvolili polostrukturované interview s pacienty s diagnózou chronické bolesti. S touto hlavní studii jsme provedli dvě substudie.

První z těchto substudií se zabývala zjištěním četnosti pacientů s diagnózou chronické bolesti docházejících do Center a Ambulancí pro léčbu bolesti na území České republiky. Druhá studie se zabývala studií kohort u pacientů s chronickou bolestí navštěvujících Centrum pro léčbu a výzkum bolestivých stavů FN Motol.

### **3.5.1.1 Polostrukturované interview s pacienty s chronickou bolestí**

Jednotlivé rozhovory s pacienty s diagnózou chronické bolesti z předem vybraných Center pro léčbu bolesti budou všechny zaznamenány na diktafon a doprovodné údaje budou zaznamenány na zvláštní arch papíru, který bude označen unikátním kódem respondenta. Rozhovor s respondentem bude následně přenesen v digitální podobě do PC a zanesen pod unikátním kódem respondenta.

Kód respondenta bude následně použit i při přepisu rozhovoru do textové podoby.

První podoba přepsaného rozhovoru bude přepis doslovného charakteru, který bude následně upravován do podoby, jež lze použít pro konečnou analýzu a porovnání výskytu sledovaných jevů u respondentů této studie.

Pro práci na vyhodnocení a analýze dat bude pro oblast specifické části výzkumného rozhovoru použit program určený k práci s daty pocházejícími z kvalitativního výzkumu Atlas.ti 6.

Část výzkumného rozhovoru zaměřeného na výzkumný soubor bude zpracovávána a analyzována za použití empirických a statistických metod. Pro jednotlivé sledované parametry budou následně stanoveny jejich jednotlivá procentuální zastoupení a grafické vyobrazení dat. Pro některé z parametrů budou stanoveny na základě jejich porovnání korelace.

### **3.5.1.2 Četnost pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky**

Substudie zaměřená na zjištění počtu pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky a data získaná z této studie budou zpracovávána za použití empirických a statistických metod. Pro jednotlivé údaje sledované v rámci této studie budou následně stanoveny jejich jednotlivá procentuální zastoupení a grafická vyobrazení dat.

Pro některé z položek dotazníku, pomocí kterého jsme sbírali jednotlivé údaje, a data získaná v rámci této studie budou ustanoveny na základě jejich vzájemného srovnání korelace těchto dat.

Data vycházející z této substudie budou následovně vyhodnocena za použití programů MS Excel 2007 a Sofa 1.1.4.

### **3.5.1.3 Studie kohort**

Studie kohort představuje substudii, která se týká jednotlivých situací spojených se stavem chronické bolesti, s užíváním opioidních analgetik na lékařský předpis a jejich kombinaci s alkoholem, tabákovými výrobky a volně prodejnými léky u pacientů s chronickou bolestí. Data získaná v rámci této substudie budou následně zpracována pomocí empirických a statistických metod. Jednotlivá data získaná v této substudii budou následovně zpracována v podobě jejich procentuálního zastoupení a grafické vyobrazení získaných dat.

Data získaná z dotazníku pro studii kohort budou následně použity k vzájemnému srovnání za účelem získání jednotlivých korelací. Následně tyto data budou porovnány s výsledky získanými z polostrukturovaných interview.

K vyhodnocení dat vycházejících z této substudie budou následovně použity programy MS Excel 2007 a Sofa 1.1.4.

### **3.5.2 Analýza dat**

Pro účely hlavní studie a obou substudií jsme museli upravit jednotlivá data a údaje, které jsme získali v rámci prováděných studií. Jednotlivé údaje a data byly upraveny do podoby, již bylo možno následně použít pro vyhodnocení za pomoci programů SOFA 1.1.4 a Atlas.ti 6.

#### **3.5.2.1 Polostrukturované interview s pacienty s diagnózou chronické bolesti**

Polostrukturovaná interview s pacienty s diagnózou chronické bolesti ve věkové kohortě 50 – 64 let, které jsme prováděli přímo ve zdravotnických zařízeních specializujících se na problematiku chronické bolesti, jsme zaznamenávali ve formě digitálního záznamu, který jsme následně převedli do písemné podoby.

Jednotlivé záznamy byly nejprve převedeny do doslovného přepisu, které byly následně upraveny do podoby, jež byla použitelná pro práci se získanými daty v programu pro kvalitativní data Atlas.ti 6.

Každý respondent zapojený do hlavní studie obdržel unikátní kód. Tento unikátní kód sloužil pro účely práce s daty získanými od respondenta. Unikátní kód se skládal ze tří čísel. První číslice na začátku, která byla zastoupena čísly 1 až 4, představuje v kódu respondenta Centrum nebo Ambulanci pro léčbu bolesti, kde proběhlo dané polostrukturované hloubkové



interview s respondenty hlavní studie. Druhé dvě číslice představovaly číslo pořadí, v jakém jsme dělali rozhovory s jednotlivými respondenty.

Otázky, které jsme jednotlivým respondentům pokládali, jsme rozdělili do dvou částí. První část otázek byla zaměřena na socio-demografické a environmentální data, které jsme následně zpracovávali nezávisle na získaných datech kvalitativního charakteru. Všechna data jsme zpracovávali za pomoci programu MS Excel 2007.

Socio – demografická a environmentální část polostrukturovaného hloubkového rozhovoru byla rozdělena na jedenáct otázek, v rámci kterých jsme se respondentů dotazovali na věk, pohlaví, kraj, město/obec o velikosti v tisících obyvatel, ekonomická aktivita, nejvyšší dosažené vzdělání, 1. návštěvu centra nebo ambulance pro léčbu bolesti, délku léčby chronické bolesti, současné předepisovaná opioidní analgetika, délku užívání jednotlivých předepisovaných opioidních analgetik a diagnózu. Jednotlivá data jsme za pomoci programu MS Excel 2007 převedli do grafické podoby.

Pro socio – demografické údaje, které nám představovaly věk a pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, ekonomická aktivita a diagnóza, jsme následně hledali závislosti výše uvedených dat na sobě navzájem. Pro tyto jednotlivá data jsme si stanovili následující hodnoty (příloha č. 8).

V otázce věku, kdy jsme věkovou skupinu 50 – 64 let u pacientů s diagnózou chronické bolesti rozdělili do tří částí, jsme hodnoty stanovili následovně: (0) pro věkovou kohortu 50 – 54 let, (1) pro věkovou kohortu 55 – 59 let a (2) pro věkovou kohortu 60 – 64 let. U otázky pohlaví jsme postupovali následovně: (0) jsme použili pro muže a (1) jsme použili pro ženy. Ekonomická aktivita představovala otázku, kterou jsme na základě získaných údajů hodnotili na základě těchto stanovených hodnot: (0) byla vymezena pro pacienty s chronickou bolestí, kteří udávali jako svůj současný stav ekonomické aktivity stav zaměstnaný/á, (1) byla vymezena pro ekonomický stav invalidní důchod a (2) byla námi vymezena pro ekonomický stav starobní důchod. Data získaná z otázky dotazující se na nejvyšší dosažené vzdělání respondentů této hlavní studie jsme kódovali následovně: (0) pro základní vzdělání, (1) pro středoškolské vzdělání bez maturity, (2) pro středoškolské vzdělání s maturitou a (3) pro vysokoškolské vzdělání.

Pro oblast diagnózy jsme zvolili kódování této otázky na základě sebraných diagnóz od jednotlivých respondentů studie. Všechny diagnózy jsme následně rozdělili do tří nejčastěji vyskytujících se oblastí: (0) jsme stanovili pro oblast diagnóz značených M, což představuje

kategorii onemocnění svalového a kosterního aparátu, (1) jsme stanovili pro diagnózy uváděné pod kódem G, což představovalo kategorii onemocnění nervového charakteru, a (2) jsme zvolili pro kategorii onemocnění značených kódem C, která představují kategorii onemocnění kancerogenního/rakovinného charakteru.

Jednotlivé závislosti a korelace mezi výše uvedenými údaji jsme zkoumali pomocí programu SOFA 1.1.4. Za pomoci tohoto programu jsme následně zjišťovali, zda mezi námi volenými proměnnými, které jsme se rozhodli kombinovat, existuje závislost.

Druhá část polostrukturovaného hloubkového rozhovoru byla představována otázkami, které byly zaměřené již na samotný výzkumný rozhovor. V rámci analýzy výzkumného rozhovoru jsme postupovali tak, že jednotlivé rozhovory s respondenty jsme upravili pro naše potřeby a následně jsme je analyzovaly pomocí nástroje pro práci s kvalitativními daty. Rozhovory jsme poté přepsali dle jednotlivých bodů do tabulky s otázkami, které jsme používali v průběhu sběru jednotlivých rozhovorů na půdě Center a Ambulancí pro léčbu chronické bolesti.

Otázky jsme následně hodnotili a analyzovali nejprve podle toho, o jaké téma/oblast kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s jinými návykovými látkami jak alkoholového, tak nealkoholového charakteru. Poté jsme jednotlivá témata rozebrali na jednotlivé otázky. Pro tyto odpovědi jsme následně hledali vhodné kategorie, které by výstižně popisovaly zjištěné informace od respondentů studie. Po konečném stanovení kategorií pro tyto otázky jsme sestavili tabulky s jednotlivými výsledky, kde jsme sledovali jak relativní, tak procentuální počet odpovědí u respondentů hlavní studie. K jednotlivým tabulkám byla vytvořena legenda vysvětlující jednotlivé kategorie.

Na základě získaných dat z výzkumné části rozhovoru jsme se rozhodli zjistit, zda mezi některými aspekty kvalitativní studie a daty ze socio-demografické existuje závislost tak, jak jsme uvedli v cíli této studie (kapitola 2) a ve výzkumných otázkách (kapitola 3.3).

### **3.5.2.2 Četnost pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky**

V rámci sítě 87 Center a Ambulancí pro léčbu bolesti na území České republiky jsme sebrali data zabývající se epidemiologickou stránkou léčby chronické bolesti. Daná epidemiologická data se zabývala počtem pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky.

Data získaná z první substudie jsme analyzovali za pomoci stanovení procentuálních četností pro jednotlivé otázky tohoto dotazníkového nástroje. Procentuální četnost pro počet pacientů s diagnózou chronické bolesti jsme nestanovili pouze pro oblast České republiky, ale zároveň

jsme přistoupili i ke stanovení četností počtu pacientů s chronickou bolestí pro jednotlivé kraje, kde se jednotlivá zařízení Center a Ambulancí pro léčbu bolesti nacházejí.

Pro získané četnosti jsme poté vytvořili grafy a tabulky popisující stav na území České republiky za rok 2011.

### 3.5.2.3 Studie kohort

Jak už bylo popsáno v kapitolách 3.4.4 a 3.5.1.3, studie kohort byla rozdělena do tří částí a analýza dat získaných v rámci této substudie byla námi prováděna na základě tohoto primárního rozdělení.

Pro jednotlivé položky ve všech třech částech substudie jsme stanovili hodnoty (příloha č. 7), které nám následně umožňovaly sledovat frekvenci výskytu jednotlivých hodnot (proměnných), četnosti výskytu proměnných ve vzorku respondentů zkoumaného v rámci této substudie. Dále jsme se také zabývali tím, že jsme pro jednotlivé hodnoty hledali závislosti týkající se opioidních analgetik na lékařský předpis a jednotlivých návykových látek alkoholového i nealkoholového charakteru a jednotlivých environmentálních faktorů, které mohou ovlivňovat chování a přístup pacientů s diagnózou chronické bolesti v rámci různých forem užívání předepisované medikace.

Vzhledem k tomu, že v současné době u pacientů s diagnózou chronické bolesti ve věkové kohortě 50 – 64 let dochází celosvětově ke vzestupu trendu tzv. non-medical use opioidních analgetik na lékařský předpis, jsme první část studie zaměřili na otázky dotazující se na aspekty, které měly co dočinění s fyzickým a psychickým stavem respondenta, a na aspekty zaměřující se kvalitu spánku respondenta. Pro otázky „Jak se v posledním měsíci cítíte po fyzické stránce?“ a „Jak se v posledním měsíci cítíte po psychické stránce?“ jsme zvolili identické Likertovy hodnotí škály s hodnotami od (0) do (4): (0) velmi dobře, (1) uspokojivě, (2) nevím, (3) neuspokojivě a (4) velmi špatně. Pro oblast týkající se kvality spánku, jsme zvolili hodnotící škály následovně. Hodnotící škála pro otázku „Jak byste popsal/a kvalitu svého spánku v posledním měsíci?“ jsme zvolili následovně: (0) velmi dobrá, (1) uspokojivá a (2) špatná. Otázka „Špatný spánek zhoršil v posledním měsíci:“ byla hodnocena na škále od 1 do 4: (0) moji paměť, (1) moji schopnost se soustředit, (2) můj pracovní výkon, hůře plním své úkoly a povinnosti, (3) můj klid, častěji jsem nervózní, netrpělivý, a (4) moji náladu, přestává mne těšit, co mě dříve bavilo. Otázku „Večer, když si lehnete do postele, obvykle usnete:“ jsme hodnotili za pomoci pouze dvou hodnot (proměnných), 0 a 1. (0) jsme použili pro odpověď do 15 minut, a (1) byla použita pro odpověď po době delší než 15 minut.

Poslední otázka této části, která se dotazovala „Jak se obvykle cítíte po probuzení?“, byla námi hodnocena škálou s hodnotami od 0 do 2: (0) bdělý/á, (1) ne zcela odpočatý/á a (2) unavený/á.

Druhou část studie kohort jsme zaměřili na environmentální faktory ovlivňující přístup pacientů s diagnózou chronické bolesti k užíváním jim předepsaných opioidních analgetik a k jejich následnému kombinování s alkoholem, tabákovými výrobky nebo léky, ať už se jednalo o volně prodejné léky nebo samotná opioidní analgetika na lékařský předpis. Pro dvě otázky z této části, „Pociťoval/a jste v posledním měsíci některý z těchto stavů?“ a „Který z těchto stavů se již opakoval předtím?“, jsme zvolili následující Likertovu hodnotící škálu s hodnotami do (0) do (3): (0) vůbec, (1) mírně, (2) středně, a (3) vážně. Pro otázku dotazující se na „Co bylo příčinou těchto stavů?“ jsme sestavili hodnotící škálu, která závisela zcela na námi získaných odpovědích na tuto otázku vzhledem k tomu, že se jednalo o typ otázky otevřeného charakteru. Pro dotazování na jednotlivé aspekty environmentálního charakteru ovlivňující respondenty této substudie jsme zvolili tyto otázky, „Řešili jste někdy tyto nepříjemné stavy za pomoci?“ a „Jednalo se o jeden z níže uvedených způsobů?“. Otázka „Řešili jste někdy tyto nepříjemné stavy za pomoci?“ byla námi hodnocena za použití hodnot od 0 do 2 dle toho, jaké oblasti se dotýkala převážně: (0) alkoholu, (1) tabáku/tabákových výrobků, a (2) léků. Hodnoty 0 a 1, (0) pro odpověď ano a (1) pro odpověď ne, byly použity pro otázku ve znění „Jednalo se o jeden z níže uvedených způsobů?“.

Jednotlivé otázky, jež se zabývaly oblastí spojenou s alkoholem, byly hodnoceny následovně. Otázka, která se dotazovala na „Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?“, byla hodnocena za pomoci následující škály: (0) nikdy, (1) jednou měsíčně nebo méně často, (2) dva až čtyřikrát měsíčně, (3) dva až třikrát týdně, a (4) čtyřikrát nebo vícekrát týdně. Pro odpovědi na otázku „Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete?“ jsme zvolili škálu s následujícími hodnotami. Hodnotami v rozmezí od 0 do 4. (0) byla vymezena pro odpověď 1 nebo 2, (1) pro odpověď 3 nebo 4, (2) pro odpověď 5 nebo 6, (3) 7 nebo 8, a (4) vázající se k odpovědi 10 nebo více. Identická Likertova hodnotící škála byla zvolena s hodnotami (0) až (4), (0) nikdy, (1) méně než jednou měsíčně, (2) každý měsíc, (3) každý týden, a (4) denně nebo téměř denně, pro tyto otázky: „Jak často vypijete šest nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?“ a „Jak často během posledního roku jste měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?“.

Oblast týkající se užívání tabáku a tabákových výrobků obsahovala čtyři otázky, na které jsme v rámci distribuovaného dotazníku mezi respondenty zapojeného Centra pro léčbu bolesti

získávali odpovědi. Otázka dotazující se „Kolik cigaret denně kouříte?“ byla námi hodnocena na škále s hodnotami od 0 do 3 pro následující odpovědi: (0) 0 – 10, (1) 11 – 20, (2) 21 – 30, a (3) 31 a více. Hodnoty 0 a 1, které představovaly odpovědi (0) ano a (1) ne, byly zvoleny identicky pro tyto otázky, „Kouříte častěji během dopoledne?“ a „Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?“. Poslední otázka této oblasti druhé části dotazníku, která se dotazovala „Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?“, byla na základě získaných odpovědí hodnocena na škále s hodnotami od 0 do 3: (0) do 5 minut, (1) za 6 – 30 minut, (2) za 31 – 60 minut, a (3) po 60 minutách.

Poslední oblast druhé části dotazníků zabývající se studií kohort se zabývala léky, ať už se jednalo o volně dostupné medikamenty, nebo o léky opioidního charakteru na lékařský předpis. Převážná část otázek této oblasti byla uzavřeného charakteru, což se týkalo následujících otázek: „Užil/a jste extra dávku léků proti bolesti v posledním měsíci za účelem problémů spojených s výskytem bolesti?“, „Užíváte v současné době nějaké léky proti bolesti?“ a „Užil/a jste někdy kvůli nespavosti nebo stavům spojených s úzkostmi extra dávku svých léků?“. Výše uvedené otázky a odpovědi získané od respondentů zapojených do této substudie byly vyhodnoceny za pomoci škály, jež byla tvořena limitem 0 a 1: (0) ano, a (1) ne. Zbylé otázky byly vytvořeny formou otevřených otázek, které byly hodnoceny na základě získaných informací a faktů od jednotlivých respondentů. Kódování pro tyto otázky a stanovené hodnoty byly přizpůsobeny těmto získaným informacím. Jednalo se o následující otázky: „Jaké léky jste užíval? Jak často?“ a „O jaké léky se jedná? Jak často je užíváte?“. Hodnoty jsme stanovili pro jednotlivé uvedené léky a jejich četnost užívání jednotlivými respondenty substudie.

Třetí část studie kohort jsme zaměřili na informace a údaje, které se týkaly socio-demografických dat jednotlivých respondentů studie kohort. Tyto socio-demografické údaje byly zkoumány za pomoci několika určujících faktorů, jež byly představovány pohlavím a věkem respondenta, místem bydliště (kraj a město), ekonomickou aktivita respondenta v posledním měsíci a nejvyšším dosaženým vzděláním.

Do třetí části substudie jsme také zahrnuli otevřené otázky zabývající se jednotlivými návštěvami respondentů substudie. Jednalo se o následující otázky: „1. návštěva centra pro léčbu bolesti“, „délka léčby chronické bolesti“, a „diagnóza.“

### 3.6 Předpokládané výstupy

V rámci kvalitativní studie zabývající se polostrukturovanými hloubkovými rozhovory s pacienty s diagnózou chronické bolesti jsme zkoumali, zda je možné, potvrdit platnost námi stanovených výzkumných otázek.

Provedením této studie jsme hledali odpovědi hlavně na níže uvedené výzkumné otázky:

1, Jaké jsou rozdíly ve zkušenostech a postojích k užívání opioidních analgetik na lékařský předpis v této věkové kohortě mezi muži a ženami? Převládá vyšší prevalence mezi ženami než mezi muži?

2, V jakých situacích a za jakých podmínek dochází k užívání opioidních analgetik pro nelékařské účely?

2.1, Kdo jiný má k těmto lékům přístup kromě pacientů s chronickou bolestí?

3, Co převažuje u pacientů s chronickou bolestí více v kombinaci s předepsanou medikací? Užívání alkoholu? Kouření? Užívání jiných medikamentů? Užívání ilegálních návykových látek? Nebo kombinace více faktorů dohromady?

u kterých jsme následně na základě dat a výpovědí získaných od respondentů jak hlavní studie, tak obou substudií, přistoupili k popisu aspektů a faktorů uváděných ve výzkumných otázkách.

Hlavně jsme se zaměřili na popis settingu vedoucího u respondentů studie k užívání opioidních analgetik na lékařský předpis pro důvody nesouvisející přímo s diagnózou chronické bolesti. Dále jsme se v této oblasti zaměřili na zjištění, zda tento typ chování převládá více u mužů nebo u žen v námi zkoumané věkové kohortě 50 – 64 let.

Dále jsme zkoumali, jaké návykové látky alkoholového a nealkoholového charakteru jsou v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis respondenty studie nejčastěji užívány. Zároveň jsme přistoupili k popisu situací vedoucích k tomu chování a stanovení settingu pro chování respondentů.

### 3.7 Etické aspekty studie

Po nakontaktování Center pro léčbu bolesti ve FN Motol v Praze, FN Olomouc, FN u Sv. Anny a FN Bulovka a odsouhlasení možnosti provádění rozhovorů s pacienty s diagnózou chronické bolesti primáři jednotlivých Center pro léčbu bolesti, jsme sestavili informovaný souhlas sloužící k ošetření všech etických aspektů této studie (příloha č. 3).

Informativní souhlas byl vytvořený pro potřeby zachování anonymity jednotlivých respondentů studie a zabezpečení aspektu, že jejich odpovědi nebudou v konečné formě výstupu publikovány tak, aby nebylo možno poznat, kdo jak odpovídal.

Všechny konečné výstupy této studie budou zpracovávány anonymní formou a každý jednotlivý respondent obdrží identifikační kód, pod kterým budou jednotlivá data pro účely konečných výstupu zpracovávána.

## 4. VÝSLEDKY

### 4.1 Polostrukturované interview s pacienty s chronickou bolestí

Celý polostrukturovaný hloubkový rozhovor byl námi rozdělen na dvě samostatné části, jež byly i samostatně vyhodnocovány. První část představuje část zaměřená na socio-demografické údaje. Druhou částí je samotný výzkumný rozhovor.

#### 4.1.1 Socio – demografická část studie

U výzkumného vzorku jsme sledovali diagnózy, na základě kterých jednotliví respondenti studie ve věkové kohortě 50 – 64 let dochází do Center a Ambulancí pro léčbu bolesti. Diagnózy pacientů se nám podařilo zjistit u všech respondentů zapojených do studie.

U respondentů studie jsme sledovali počet diagnóz, které byly u jednotlivých respondentů diagnostikovány.

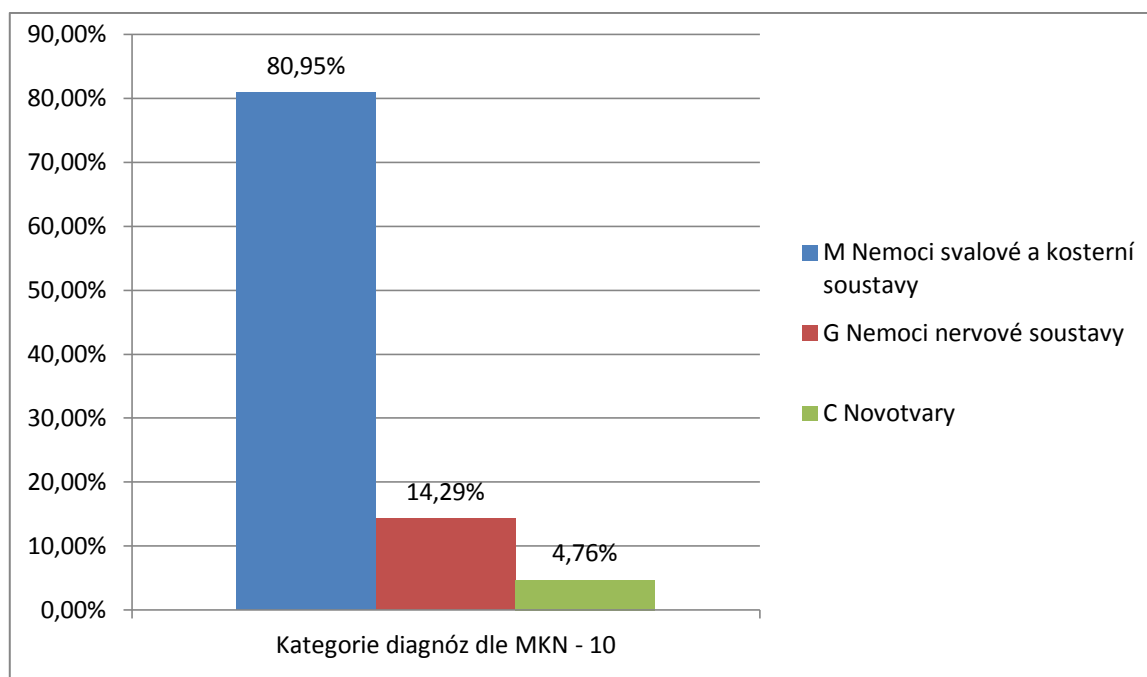
Z celkového počtu 20 respondentů zapojených jsme zjistily, že u 19 respondentů byla diagnostikována pouze jedna diagnóza, na základě které docházely v pravidelných intervalech do Center a Ambulancí pro léčbu bolesti. Pouze u jediného z respondentů, jež docházel do Ambulance pro léčbu bolesti, byla zjištěna přítomnost dvou diagnóz, pro které byl léčen na diagnózu chronické bolesti (graf č. 7).



Graf č. 7 Počet stanovených diagnóz u pacientů s diagnózou chronické bolesti u všech respondentů

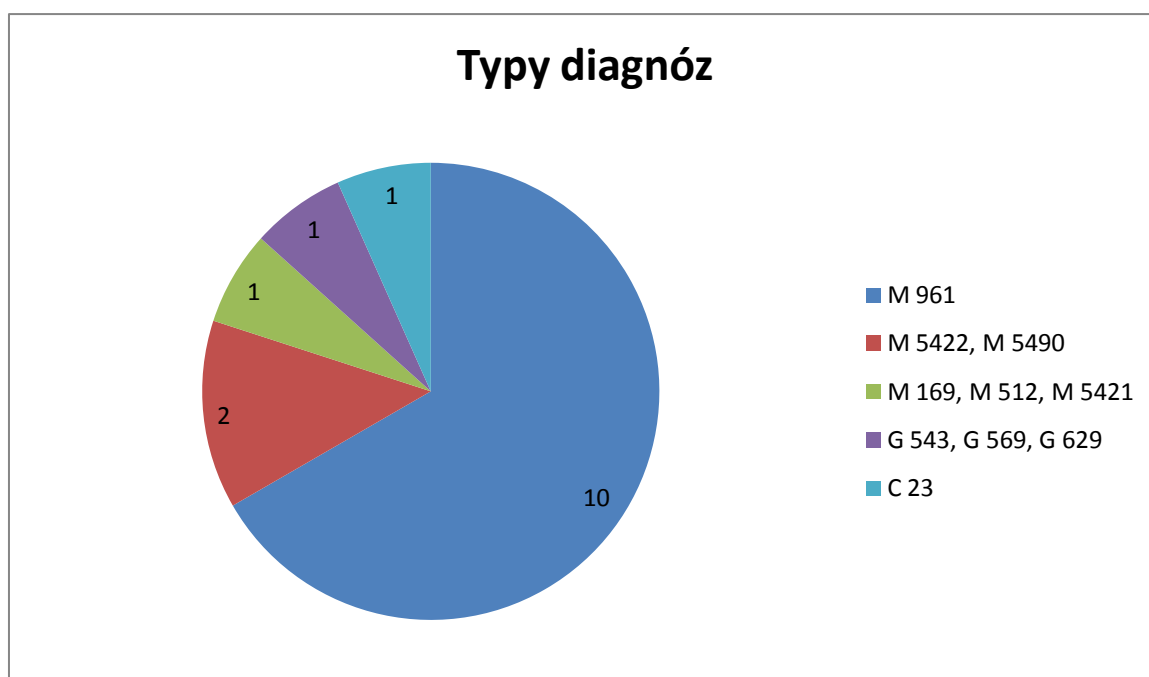
Následně jsme sledovali, o jaké diagnózy se na základě kategorií podle MKN – 10 jednalo. Na základě výsledků získaných v kvalitativní studii jsme zjistili, že u 20 respondentů bylo stanoveno celkem 21 diagnóz (graf č. 8).





Graf č.8 Kategorizace zjištěných diagnóz na základě MKN – 10

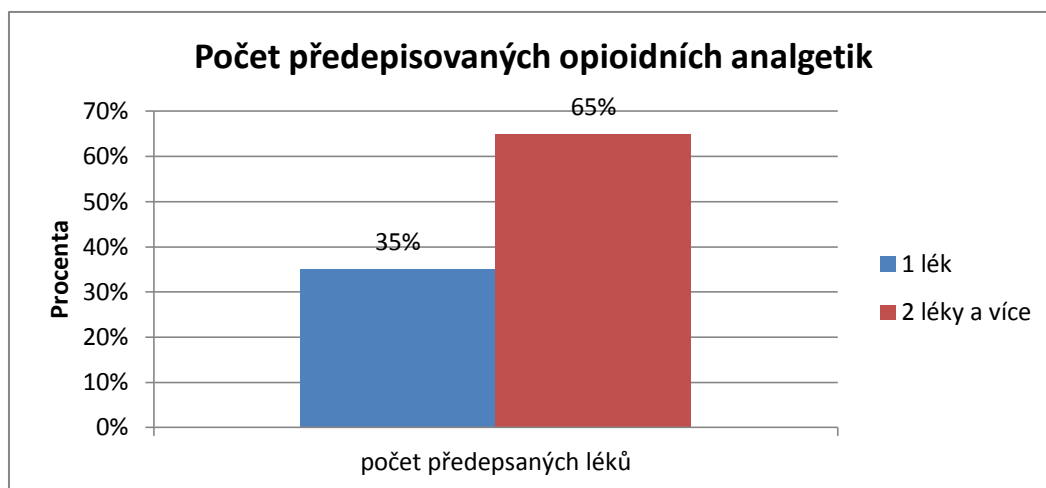
U respondentů s diagnózou chronické bolesti v naší sledované věkové kohortě 50 – 64 let jsme se také explicitně zajímali, jaké diagnózy byly u respondentů studie stanoveny a do jaké kategorie podle MKN – 10 byly zařazeny (graf č. 9).



Graf č. 9 Počet jednotlivých diagnóz stanovených u pacientů trpících chronickou bolestí na základě kategorií MKN - 10

Ve spojitosti se sledovanými diagnózami u respondentů studie jsme se také zajímali o to, jaká opioidní analgetika na lékařský předpis jsou jednotlivým respondentům nejčastěji

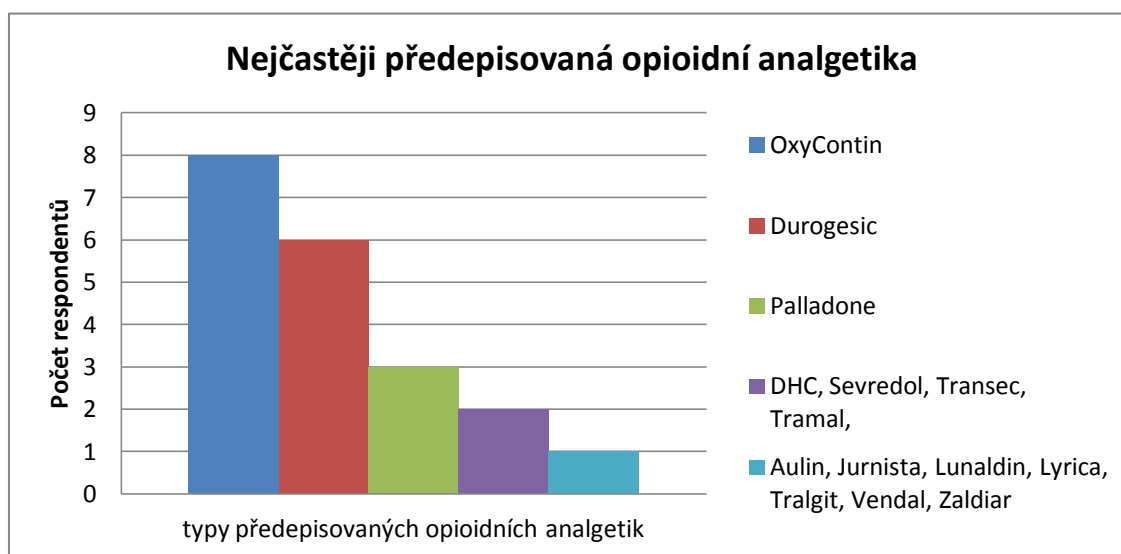
předepisována. Zároveň nás také zajímalo, kolik léků je průměrně respondentům předepisováno a zda se jedná o více než jeden typ léku, nebo převládá trend předepisování více analgetik na lékařsky předpis lékaři jednotlivých Center a Ambulancí pro léčbu bolesti. Data, která se týkala výše uvedených faktorů, byla ve výsledku převedena do grafické podoby (graf č. 10 a 11).



Graf č. 10 Počet předepsaných opioidních analgetik u pacientů s chronickou bolestí

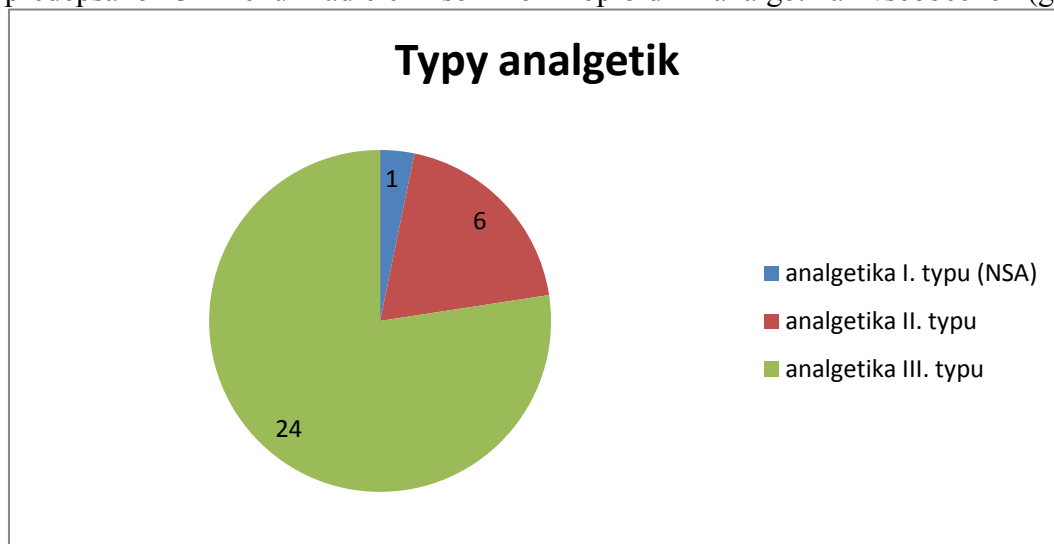
V grafu č. 10 je popsáno, že 35 % všech respondentů studie mělo předepsáno pouze jeden lék, který se řadí do kategorie opioidních analgetik na lékařský předpis, a že u 65 % respondentů došlo k předepsání více než jednoho léku spadajícího do kategorie opioidních analgetik na lékařský předpis.

Následně jsme v grafu č. 11 popsali, o jaké léky se jednalo specificky v případě jejich předepisování pacientům s chronickou bolestí.



Graf č. 11 Nejčastěji předepisovaná analgetika u pacientů s diagnózou chronické bolesti

Ve vztahu k předepisovaným opioidním analgetikům jsme zjišťovali, do které skupiny analgetik podle algeziologického dělení WHO, náleží. U 20 respondentů jsme zjistili, že bylo předepsáno 32 léků řadících se mezi opioidní analgetika všeobecně (graf č. 12).



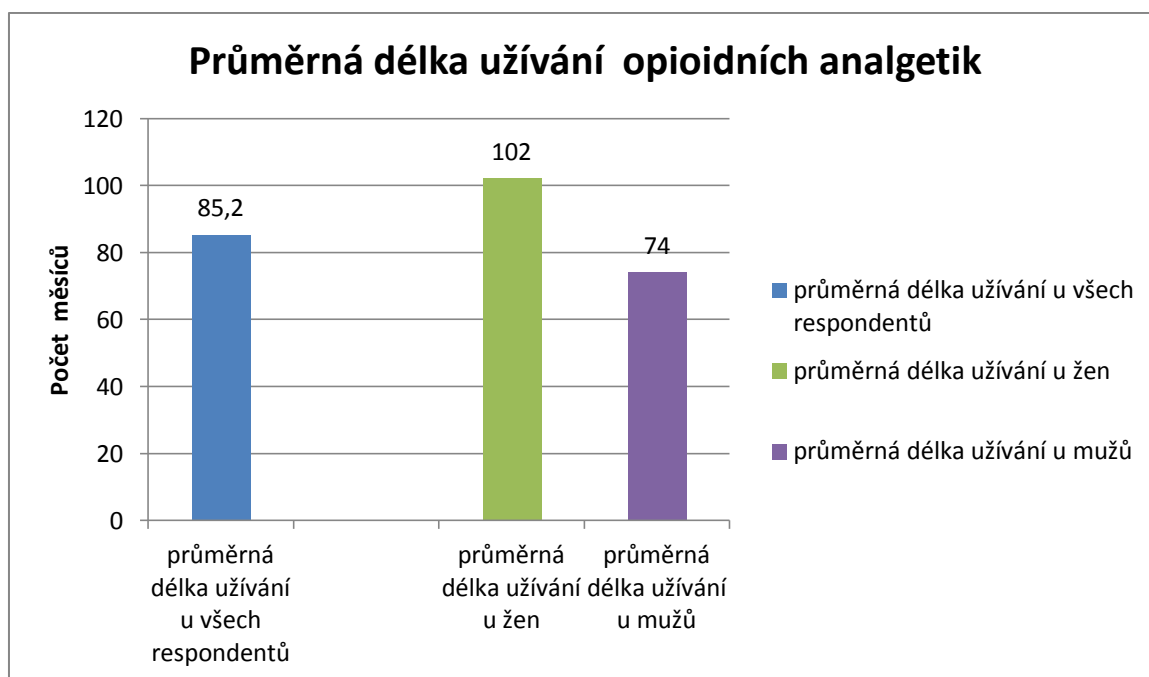
Graf č. 12 Typy analgetik podle algeziologického dělení WHO

Poslední faktor spojený s opioidními analgetiky na lékařský předpis, který jsme sledovali, představovala délka užívání jednotlivých medikamentů respondenty studie. Délku užívání jednotlivých opioidních analgetik předepisovaných lékaři jednotlivých Center a Ambulancí pro léčbu bolesti jsme sledovali v rozmezí měsíců. Získaná data byla zanesena do tabulky četností (tabulka č. 3).

Počet měsíců	24	30	36	48	60	72	78	84	96	120	144	168	192
Počet respondentů	1	1	3	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1

Tabulka č. 3 Délka užívání opioidních analgetik na lékařský předpis u respondentů studie

Průměrná délka užívání opioidních analgetik na lékařský předpis u výzkumného vzorku, který je složen z 20 respondentů, představuje doba dlouhá 85,2 měsíce. Pro respondenty ženského pohlaví je průměrná délka 102 měsíců. Pro respondenty mužského pohlaví byla průměrná délka užívání určena 74 měsíců (graf č. 13).



Graf č. 13 Průměrná délka užívání opioidních analgetik na lékařský předpis u respondentů studie

Ze sebraných dat v rámci polostrukturovaných hloubkových rozhovorů s pacienty s diagnózou chronické bolesti ve věkové kohortě 50 – 64 let jsme se rozhodli zjistit, v jakém zastoupení se jednotliví respondenti studie nacházejí v předem stanovených věkových subkohortách (50 – 54 let, 55 – 59 let a 60 – 64 let) (tabulka č. 4).

Věková subkohorta	50 – 54 let	55 – 59 let	60 – 64 let
Počet respondentů	7	3	10

Tabulka č. 4 Věkové rozdělení respondentů v jednotlivých subkohortách

Výzkumný vzorek respondentů, s kterými jsme provedli hloubkové rozhovory, byl v rozsahu 20 osob, u kterých jsme následně zjišťovali, jaké je jejich zastoupení v rámci pohledí odpovídajícího každému respondentovi (tabulka č. 5).

Pohlaví	muž	žena
Počet respondentů	12	8

Tabulka č. 5 Zastoupení jednotlivých pohlaví ve věkové kohortě 50 – 64 let

Zároveň nás zajímalo a bylo námi zjišťováno, jaké je rozdělení respondentů studie podle pohlaví na základě toho, o kterou věkovou subkohortu v rámci věkové kohorty 50 – 64 let se jednalo.

Rozdělení respondentů podle pohlaví v rámci věkové subkohorty 50 – 54 let vypadalo následovně (tabulka č. 6).

<b>Pohlaví</b>	<b>muž</b>	<b>žena</b>
Počet respondentů ve věkové subkohortě 50 – 54 let	3	4

Tabulka č. 6 Počet respondentů podle pohlaví ve věkové subkohortě 50 – 54 let

Rozdělení respondentů podle pohlaví v rámci věkové subkohorty 55 – 59 let bylo provedeno takto (tabulka č. 7).

<b>Pohlaví</b>	<b>muž</b>	<b>žena</b>
Počet respondentů ve věkové subkohortě 55 – 59 let	2	1

Tabulka č. 7 Počet respondentů podle pohlaví ve věkové subkohortě 55 – 59 let

Respondenty studie v poslední věkové subkohortě 60 – 64 let jsme podle pohlaví rozdělili následovně (tabulka č. 8).

<b>Pohlaví</b>	<b>muž</b>	<b>žena</b>
Počet respondentů ve věkové subkohortě 60 – 64 let	7	3

Tabulka č. 8 Počet respondentů podle pohlaví ve věkové subkohortě 60 – 64 let

Otázku ze socio-demografické části rozhovoru, která měla z demografického hlediska spojitost s nejvyšším dosaženým vzděláním u respondentů zapojených do studie, jsme graficky znázornili jako tabulku četnosti odpovídající nejvyššímu dosaženému vzdělání. Ve výzkumném vzorku bylo obsaženo 20 respondentů, ale výsledný počet získaných odpovědí byl 21 vzhledem k tomu, že jeden z respondentů uvedl dvě na sobě nezávislé odpovědi v segmentu středního školství (tabulka č. 9).

<b>Vzdělání</b>	<b>ZŠ</b>	<b>SŠ</b>	<b>SŠ s maturitou</b>	<b>VŠ</b>
Počet respondentů	1	14	5	1

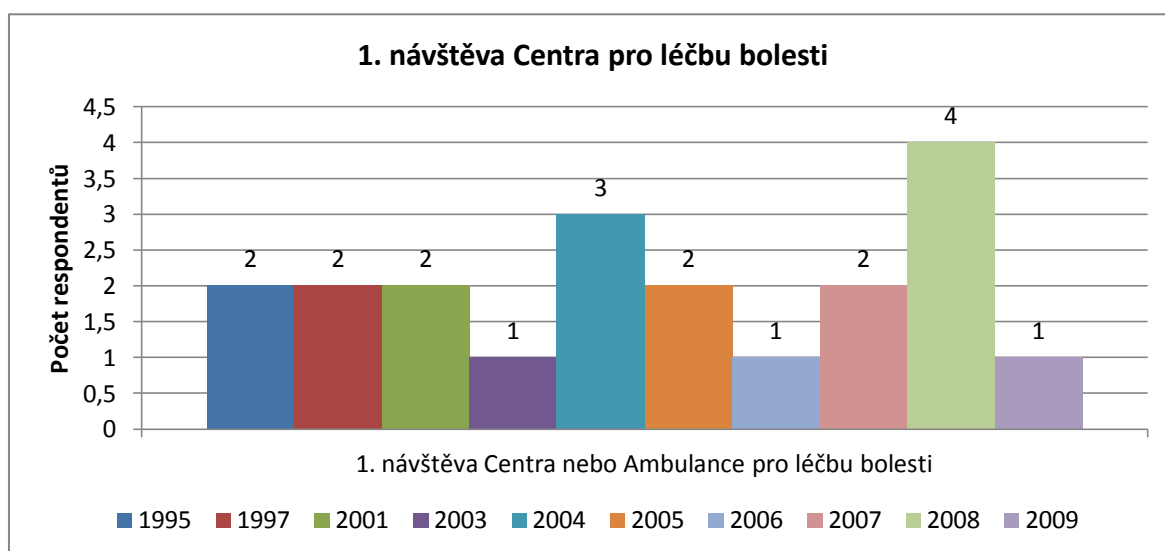
Tabulka č. 9 Tabulka četnosti týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání u respondentů studie

Předposlední otázku socio-demografické části rozhovoru představoval dotaz týkající se ekonomické aktivity respondentů v posledním měsíci. V této otázce bylo dosaženo vyššího množství odpovědí, než bylo respondentů, neboť u každého z respondentů mohla existovat kombinace více faktorů dohromady (tabulka č. 10).

<b>Ekonomická aktivita</b>	<b>Zaměstnaný</b>	<b>Invalidní důchod</b>	<b>Starobní důchod</b>
<b>Počet respondentů</b>	4	13	4

Tabulka č. 10 Ekonomická aktivita za období posledních 30 dnů u respondentů studie

Poslední aspekt, který byl sledován v rámci socio-demografické části rozhovoru, představovala data spojená s 1. návštěvou Centra nebo Ambulancí pro léčbu bolesti u respondentů zapojených do studie. Specificky jsme se dotazovali, v jakém roce respondenti studie poprvé navštívili Centrum nebo Ambulanci pro léčbu bolesti (graf č. 14).



Graf č. 14 Rok 1. návštěvy Centra nebo Ambulance pro léčbu bolesti u respondentů studie

#### 4.1.2 Výzkumný rozhovor studie

V rámci výzkumné části rozhovoru jsme na základě otázek z tabulky pro vedení polostrukturovaných interview (příloha č. 1) a vyhodnocení dat a informací získaných v této výzkumné části jsme přistoupili k rozdělení na tematické celky. Jednotlivé celky představují následující oblasti:

- a) opioidní analgetika na lékařský předpis
- b) kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem
- c) kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s tabákovými výrobky
- d) kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s nealkoholovými návykovými látkami
- e) kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s volně prodejnými léky (medikace dostupná tzv. over-the-counter)

f) celek věnovaný stavům a projevům v rámci jednotlivých stavů spojených s jednotlivými kombinacemi (ať už se jednalo o stavy psychického, nebo fyzického charakteru doprovázející tyto stavy)

#### *a) opioidní analgetika na lékařský předpis*

U opioidních analgetik na lékařský předpis samotných jsme se jako prvním aspektu z mnoha, jež se týká této specifické oblasti, věnovali zjištění, jak dlouho respondenti hlavní studie užívají jim předepisovaná opioidní analgetika (tabulka č. 11).

Počet měsíců	24	30	36	48	60	72	78	84	96	120	144	168	192
Počet respondentů	1	1	3	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1

Tabulka č. 11 Délka opioidních analgetik na lékařský předpis u respondentů studie

Kromě délky užívání předepisovaných opioidních analgetik jsme také sledovali aspekt, který vypovídal o tom, jak často jsou jednotlivé medikamenty respondenty studie užívány. Celkem se nám podařilo získat odpovědi od všech respondentů,  $N = 20$ , zapojených do studie. Vzhledem k tomu, že někteří respondenti užívali v době provádění rozhovorů více než jeden medikament, získali jsme na tuto otázku celkem 30 odpovědí. Získané odpovědi jsme hodnotili pomocí následujících hodnotících kategorií: denně, týdně a občas. Pro kategorie denně a týdně jsme určili podkategorie – jedenkrát, dvakrát a více než dvakrát.

V rámci kategorie denně jsme získali od respondentů celkem 18 odpovědí. Jednotlivé podkategorie byly zastoupeny následovně: jedenkrát – 5 respondentů, dvakrát – 10 respondentů, a více než dvakrát uvedli 3 respondenti.

Kategorie týdně byla celkově zastoupena 11 odpověďmi, kdy jednotlivé podkategorie byly zastoupeny následovně. Dvě odpovědi v rámci podkategorie jedenkrát, osm odpovědí týkající se frekvence dvakrát, a více než dvakrát bylo zodpovězeno 1 respondentem.

U respondentů s četností 60 % převažovalo užívání předepisovaných léků s denní frekvencí, obzvláště se jednalo o frekvenci opakující se dvakrát denně. Četnost 40 %, kterou jsme získali z odpovědí respondentů, se vztahovala k medikaci užívané respondenty v týdenní frekvenci. Největší počet respondentů této části tabulky odpověděl, že užívá předepisované léky ve frekvenci dvakrát týdně. (tabulka č. 12).

Kategorie	Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.	18	60	

1	1	5		5
1	2	10		10
1	3	3		3
2.		11	36,7	
2	1	2		2
2	2	8		8
2	3	1		1
3.		1	3,3	1
Celkový počet odpovědí		30	100	30
Celkový počet respondentů		20		

#### **Legenda:**

1. Denně
  - 1.1. Jedenkrát
  - 1.2. Dvakrát
  - 1.3. Více než dvakrát
2. Týdně
  - 2.1. Jedenkrát
  - 2.2. Dvakrát
  - 2.3. Více než dvakrát
3. Občas

Tabulka č. 12 Frekvence užívání opioidních analgetik na lékařský předpis

Další faktor sledovaný v rámci tohoto tematického celku představuje typ opioidních analgetik, které jednotliví respondenti v počtu N = 20 užívají. Typologie opioidních analgetik je řazena podle algeziologického žebříčku schváleného WHO. Od všech respondentů jsme získali celkem 27 odpovědí, které jsme následně hodnotili za pomoci námi sestavených hodnotících kategorií. Hodnotící kategorie jsme rozdělili následovně – analgetika I. typu, analgetika II. typu a analgetika III. typu.

Kategorie analgetika I. typu byla zodpovězena 2 respondenty, což představovalo 6,9 % všech zastoupených odpovědí.

Pro druhou kategorii, analgetika II. typu, jsme od 6 respondentů získali stejný počet odpovědí, což následně představovalo 20,69 % všech zastoupených odpovědí.

V rámci třetí kategorie, analgetika III. typu, jsme od 19 respondentů získali 21 odpovědí, což představovalo četnost 72,41 % všech odpovědí (tabulka č. 13).

Kategorie	Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.	2	6,90	2



2.	6	20,69	6
3.	21	72,41	19
Celkový počet odpovědí	29	100	27
Celkový počet respondentů	20		

**Legenda:**

1. Analgetika I. stupně
2. Analgetika II. stupně
3. Analgetika III. stupně

Tabulka č. 13 Užívané typy analgetik u respondentů studie podle algeziologického žebříčku WHO

Nejdůležitější oblast otázek, jež se týkaly tematického celku užívání opioidních analgetik na lékařský předpis samotných, se zabývala užitím opioidních analgetik II. a III. typu bez přítomnosti bolesti u jednotlivých respondentů hlavní studie.

Jako první aspekt jsme sledovali, kdy poprvé došlo u respondentů studie k užití opioidních analgetik na lékařský předpis bez přítomnosti bolesti. U této otázky, která byla zodpovězena všemi respondenty, N = 20, jsme získali 20 odpovědí. Tyto odpovědi jsme následně hodnotili za pomoci námi sestavených hodnotících kategorií. Hodnotící kategorie jsme rozdělili na dvě kategorie – ano, poprvé se stalo, a ne, nestalo se. V rámci první kategorie jsme vytvořili tři podkategorie – do 2 let, 2 – 4 roky a 5 let a více.

Souhlasné stanovisko s užitím léků na předpis vyjádřilo 9 respondentů, což představuje 45 % zastoupení všech získaných odpovědí. V rámci subkategorií jsme získali následující počet odpovědí: do 2 let odpověděli pozitivně 2 respondenti, 2 – 4 roky pozitivně zodpověděli 4 respondenti a 5 let a více uvedli tři respondenti.

Negativní odpověď v rámci druhé kategorie uvedlo 11 respondentů, což představovalo četnost 55 % všech získaných odpovědí.

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		9	45	9
1	1	2		2
1	2	4		4
1	3	3		3
2.		11	55	11
Celkový počet odpovědí		20	100	20
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Ano, poprvé se stalo
  - 1.1. Do 2 let
  - 1.2. 2 – 4 roky
  - 1.3. 5 let a více
2. Ne, nestalo se

Tabulka č. 14 První užití opioidních analgetik na lékařský předpis bez přítomnosti bolestivých stavů

Dalším sledovaným faktorem byl důvod užití předepisovaných opioidních analgetik respondenty studie. Danou otázku v rámci námi prováděného interview zodpovědělo všech 20 respondentů. Celkového počtu odpovědí  $N = 26$  jsme dosáhli vzhledem k tomu, že respondenti uváděli více než jednu odpověď. Získané odpovědi jsme hodnotili pomocí vytvořených hodnotících kategorií. Hodnotící kategorie na základní dvě kategorie – ano, užil jsem kvůli, a ne, neužil jsem. První kategorii jsme rozdělili na 4 podkategorie podle četnosti získaných odpovědí – bolest, nespavost, nervozita a pocit zimy.

V první kategorii jsme získali od 9 respondentů 15 odpovědí, což představuje 57,69 % všech získaných odpovědí. V rámci subkategorií byly odpovědi rozděleny následovně: bolest – 9 respondentů, výskyt nespavosti u 3 respondentů, stav nervozity se vyskytl u 2 respondentů a opakovaný pocit zimy ovlivňující stav respondenta se projevil u 1 respondenta.

Od 11 respondentů jsme získali odpovědi negativního charakteru, což představovalo 42,31 % všech získaných odpovědí, a zařadili je do druhé kategorie (tabulka č. 15).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		15	57,69	15
1	1	9		9
1	2	3		3
1	3	2		2
1	4	1		1
2.		11	42,31	11
Celkový počet odpovědí		26	100	26
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Ano, užil jsem kvůli
  - 1.1. bolesti
  - 1.2. nespavosti
  - 1.3. nervozitě
  - 1.4. pocitu zimy
2. Ne, neužil jsem

Tabulka č. 15 Důvody užití předepisovaných opioidních analgetik bez přítomnosti bolestivých stavů v poslední době u respondentů

Dále jsme se ptali, kdy respondenti užili předepisované léky bez přítomnosti bolestivých stavů naposledy. Na tento dotaz jsme od respondentů, N = 20, získali celkem 20 odpovědí. Odpovědi jsme hodnotili pomocí vytvořených hodnotících kategorií. Hodnotící kategorie na základní dvě kategorie – ano, užil jsem naposledy před, a ne, neužil jsem. První kategorii jsme rozdělili na 4 podkategorie podle četnosti získaných odpovědí – 2-3 dny, 2 týdny, 1 měsíc a 6 měsíců.

Souhlasné stanovisko s užitím léků na předpis vyjádřilo 9 respondentů, což představuje 45 % zastoupení všech získaných odpovědí. V rámci subkategorií jsme získali následující počet odpovědí: před 2-3 dny odpověděli pozitivně 4 respondenti, 2 týdny pozitivně zodpověděli 2 respondenti, 1 respondent uvedl užití před 1 měsícem, a 2 respondenti uvedli jako poslední užití dobu před 6 měsíci.

Negativní odpověď v rámci druhé kategorie uvedlo 11 respondentů, což představovalo četnost 55 % všech získaných odpovědí (tabulka č. 16).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		9	45	9
1	1	4		4
1	2	2		2
1	3	1		1
1	4	2		2
2.		11	55	11
Celkový počet odpovědí		20	100	20
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Ano, užil jsem naposledy před
  - 1.1. 2 – 3 dny
  - 1.2. 2 týdny
  - 1.3. 1 měsícem
  - 1.4. 6 měsíci
2. Ne, neužil jsem

Tabulka č. 16 Poslední užití předepisovaných léků bez přítomnosti bolestivých stavů u respondentů

Další dotaz jsme směřovali na to, zda se respondenti již někdy předtím uchýlili k užití předepisovaných léků bez přítomnosti bolestivých stavů. Na tento dotaz jsme od respondentů,

N = 20, získali celkem 20 odpovědí. Odpovědi jsme hodnotili pomocí dvou hodnotících kategorií: ano, stalo, a ne, nestalo.

Souhlasné stanovisko s užitím léků na předpis vyjádřilo 9 respondentů, což představuje 45 % zastoupení všech získaných odpovědí.

Negativní odpověď v rámci druhé kategorie uvedlo 11 respondentů, což představovalo četnost 55 % všech získaných odpovědí (tabulka č. 17).

Kategorie	Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.	9	45	9
2.	11	55	11
Celkový počet odpovědí	20	100	20
Celkový počet respondentů	20		

**Legenda:**

1. Ano, stalo se
2. Ne, nestalo se

Tabulka č. 17 Užití opioidních analgetik na lékařský předpis bez přítomnosti bolestivých stavů v minulosti

Dotazovali jsme se také na to, jak často se již toto chování respondentů (N=20) studie opakovalo. Získali jsme celkem 20 odpovědí, které byly hodnoceny pomocí těchto dvou kategorií. Kategorie – Ano, opakovalo se a Ne, nestalo se. První kategorii jsme rozdělili ještě na dvě podkategorie – pravidelně se opakující chování a nepravidelně se opakující chování. U podkategorie pravidelně se opakující chování jsme stanovili ještě podkategorie: denně, 1-2 x týdně, vícekrát za týden a 1-2 x měsíčně.

Souhlasné stanovisko s užitím léků na předpis vyjádřilo 9 respondentů, což představuje 45 % zastoupení všech získaných odpovědí. Pravidelně se opakující chování uvedlo všech 9 respondentů – po 2 respondentech odpovědělo v subkategorii denně, 1-2 x týdně a vícekrát za týden, frekvenci užití 1-2 x měsíčně uvedli 3 respondenti. Nepravidelnost u tohoto chování neuvedl nikdo z respondentů.

Negativní odpověď v rámci druhé kategorie uvedlo 11 respondentů, což představovalo četnost 55 % všech získaných odpovědí (tabulka č. 18).

Kategorie	Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.	9	45	9

1	1	9		9
1	1	2		2
1	2	2		2
1	3	2		2
1	4	3		3
1	2	0		0
2.		11	55	11
Celkový počet odpovědí		20	100	20
Celkový počet respondentů		20		

### **Legenda:**

1. Ano, opakovalo se
  - 1.1. Pravidelně
    - 1.1.1. Denně
    - 1.1.2. 1 – 2x týdně
    - 1.1.3. Vícekrát z týden
    - 1.1.4. 1 – 2 x měsíčně
  - 1.2. Nepravidelně
2. Ne, neužívám

Tabulka č. 18 Pravidelnost užití opioidních analgetik na lékařský předpis bez přítomnosti bolestivých stavů v minulosti

Spolu s dotazem na pravidelnost užívání opioidních analgetik na lékařský předpis v minulosti jsme se také jednotlivých respondentů dotazovali na to, o jakou příčinu vedoucí k užití předepisované medikace bez předcházející lékařské intervence se u respondentů studie jednalo. Od celkového počtu N= 20 respondentů jsme získali celkem 29 odpovědí vzhledem k tomu, že někteří z respondentů uváděli více než jeden důvod vedoucí k tomuto chování. Získané odpovědi jsme hodnotili pomocí dvou kategorií: Ano, příčinou bylo, a Ne, neužívám. První kategorii jsme následně rozdělili na 8 subkategorií, neboť jsme jednotlivé odpovědi respondentů museli náležitě rozdělit. Jednotlivé podkategorie jsou následující: bolest, potřeba uvolnění, nespavost, počasí, krize, nervozita, klid/uvolnění a únava.

Souhlasné stanovisko s opakováním příčiny užití opioidních analgetik na lékařský předpis vyjádřilo 9 respondentů v 18 odpovědích, což představuje 62,07 % zastoupení všech získaných odpovědí. Rozdělení v jednotlivých subkategoriích bylo následující. 7 respondentů uvedlo jako primární příčinu užití bolest, dvě skupiny po 3 respondentech uvedlo jako příčinu potřebu uvolnění a nespavost, po 1 respondentovi odpovědělo v subkategoriích počasí, krize, nervozita, klid/uklidnění a únava.

Negativní odpověď v rámci druhé kategorie uvedlo 11 respondentů, což představovalo četnost 37,93 % všech získaných odpovědí (tabulka č. 19).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		18	62,03	18
1	1	7		7
1	2	3		3
1	3	3		3
1	4	1		1
1	5	1		1
1	6	1		1
1	7	1		1
1	8	1		1
2.		11	37,93	11
Celkový počet odpovědí		29	100	29
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Ano, příčinou byla
  - 1.1. Bolest
  - 1.2. Potřeba uvolnění
  - 1.3. Nespavost
  - 1.4. Počasí
  - 1.5. Krize
  - 1.6. Nervozita
  - 1.7. Klid/uklidnění
  - 1.8. Únava
2. Ne, neužívám

Tabulka č. 19 Příčina užití opioidních analgetik na lékařský předpis bez přítomnosti bolestivých stavů v minulosti

V návaznosti na předchozí dotaz jsme se respondentů dotazovali na příčinu užití předepisované medikace bez předcházející lékařské intervence při posledním užití. Od celkového počtu N=20 respondentů jsme získali celkem 32 odpovědí, neboť někteří z respondentů uváděli více než jeden důvod vedoucí k tomuto chování. Získané odpovědi jsme hodnotili pomocí dvou kategorií: Ano, příčinou byla, a Ne, neužívám. První kategorii jsme následně rozdělili na 7 subkategorií, neboť jsme jednotlivé odpovědi respondentů museli náležitě rozdělit. Jednotlivé podkategorie jsou následující: bolest, potřeba uvolnění, nespavost, počasí, potřeba povzbuzení, nervozita a klid/uvolnění.

Souhlasné stanovisko s opakováním příčiny užití opioidních analgetik na lékařský předpis vyjádřilo 9 respondentů v 21 odpovědích, což představuje 65,63 % zastoupení všech získaných odpovědí. Rozdělení v jednotlivých subkategoriích bylo následující. 7 respondentů uvedlo jako primární příčinu užití bolest, 3 respondenti uvedli jako příčinu potřebu uvolnění, celkem 4 respondenti uvedli nespavost, po 1 respondentovi odpovědělo v subkategoriích počasí a potřeba uvolnění, nervozitu jako příčinu uvedli 2 respondenti, celkem 3 respondenti uvedli jako příčinu klid/uklidnění.

Negativní odpověď v rámci druhé kategorie uvedlo 11 respondentů, což představovalo četnost 34,38 % všech získaných odpovědí (tabulka č. 20).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		21	65,63	20
1	1	7		7
1	2	3		3
1	3	4		4
1	4	1		1
1	5	1		1
1	6	2		2
1	7	3		3
2.		11	34,38	11
Celkový počet odpovědí		32	100	32
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Ano, příčinou byla
  - 1.1. Bolest
  - 1.2. Potřeba uvolnění
  - 1.3. Nespavost
  - 1.4. Počasí
  - 1.5. Potřeba povzbuzení
  - 1.6. Nervozita
  - 1.7. Klid/uklidnění
2. Ne, neužívám

Tabulka č. 20 Příčina užití opioidních analgetik na lékařský předpis bez přítomnosti bolestivých stavů naposledy

Poslední dotaz zabývající se užíváním předepisovaných medikamentů bez přítomnosti bolesti u respondentů studie jsme zaměřili na zjištění toho, zda se vždy jednalo o stejný důvod vedoucí k tomuto užití. Získali jsme 20 odpovědí od celkového počtu 20 respondentů. Získané odpovědi jsme hodnotili pomocí dvou kategorií: Ano, jednalo se, a Ne, neužívám.

Souhlasné stanovisko s opakováním příčiny užití opioidních analgetik na lékařský předpis vyjádřilo 9 respondentů, což představuje 45 % zastoupení všech získaných odpovědí.

Negativní odpověď v rámci druhé kategorie uvedlo 11 respondentů, což představovalo četnost 55 % všech získaných odpovědí (tabulka č. 21).

Kategorie	Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.	9	45	9
2.	11	55	11
Celkový počet odpovědí	20	100	20
Celkový počet respondentů	20		

**Legenda:**

1. Ano, jednalo se
2. Ne, neužívám

Tabulka č. 21 Příčina užití léků – jednalo se o stejný nebo jiný důvod užití

Zcela poslední dvě otázky z tematického celku zabývajících se opioidními analgetiky na lékařský předpis byly zaměřeny na to, kdo kromě samotných respondentů má přístup k jejich lékům. Na dotaz, kdo jiný má opioidním analgetikům přístup, jsme od celkového počtu N=20 respondentů získali 28 odpovědí, neboť respondenti uváděli více než jednu odpověď. Získané odpovědi jsme rozdělili do 5 hlavních kategorií. Jednotlivé kategorie jsme stanovili následovně: rodina, manžel/ka, děti, partneři a nikdo.

V první kategorii jsme získali 8 odpovědí, což odpovídalo četnosti 28,58 % všech odpovědí. Na druhou kategorii odpovědělo kladně 12 respondentů, což představovalo 42,86 % všech odpovědí. Celkem 4 (14,29 %) respondenti uvedlo v rámci svých odpovědí také třetí kategorii. Pouze 1 respondent (3,57 %) uvedl jako osobu blízkou partnera. Zbýlí tři respondenti (10,7 %) uvedli poslední kategorii (tabulka č. 22).

Kategorie	Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.	8	28,58	8
2.	12	42,86	12
3.	4	14,29	4
4.	1	3,57	1
5.	3	10,70	3
Celkový počet odpovědí	28	100	28
Celkový počet respondentů	20		

**Legenda:**



1. Rodina
2. Manžel/ka
3. Děti
4. Partneři
5. Nikdo

Tabulka č. 22 Kdo jiný má přístup k lékům respondentů

Dotaz směřovaný na to, zda existuje možnost, že někdo jiný z blízkého okolí respondentů užil jejich medikamenty. Všechny 20 respondentů odpovědělo na tuto otázku. Získané odpovědi jsme následně hodnotili pomocí hodnotících kategorií. Hodnotící kategorie jsme stanovili následovně: ano, nemělo by se stát a ne. První kategorii jsme rozdělili na dvě podkategorie – blízká kategorie a širší rodina.

V rámci první kategorie jsme získali pozitivní odpověď od 3 respondentů (15 % všech odpovědí), které jsme dle jednotlivých subkategorií rozdělili následovně: 2 respondenti uvedli blízkou rodinu a 1 respondent uvedl širší rodinu. Celkem 5 respondentů (25 %) uvedlo v rámci druhé kategorie, že si nejsou jisti, zda nešlo k užití předepsaných léků nikým jiným. Třetí kategorie byla zodpovězena 12 respondenty negativně, což představovalo 60 % všech odpovědí (tabulka č. 23).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		3	15	3
1	1	2		2
1	2	1		1
2.		5	25	5
3.		12	60	12
Celkový počet odpovědí		20	100	20
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Ano
  - 1.1. Blízká rodina
  - 1.2. Širší rodina
2. Nemělo by se stát
3. Ne

Tabulka č. 24 Užití opioidních analgetik na lékařský předpis jinou osobou než respondentem

Výpovědi respondentů doplňující výsledky uvedené v tabulce č. 24:

**Respondent 208**

*„R: Ne, vůbec ne. Já už patnáct let beru silné léky proti bolesti. Tak těch čtrnáct, patnáct let od té první operace a mě pořád bolí záda. Beru takový, že přišel zeťák a říká mě bolí záda,*

*dej mi prášek. No, tak jsem mu ho dal a dva dny ho nemohli vzbudit. No, a já si můžu vzít dva, tři a nic to se mnou nedělá.“*

#### Respondent 209

*„T: Řekl jste, že to není prakticky možné, co to znamená?*

*R: No, ono se bohužel stalo, že si je jednou čirou náhodou vzal zeťák. Bolela ho strašně hlava, tak jsem mu řekl, že v lékárnice jsou léky na bolest, aby si je vzal.*

*R (2): To bylo ještě tehdy, kdy ty léky měl jen tak v lékárnice, ale teď už je má zvlášť, takže už by se to nemělo stát. To před tím byla jenom hloupá náhoda.*

*T: A jaké léky si vzal?*

*R: No, jak řekla moje paní, já tehdy bral ještě ten Sevredol a on si vzal jeden Sevredol.*

*T: A jak na to reagoval?*

*R: No, moc vesele.*

*R (2): Říkal, že hlava ho přestala bolet hned. Taky to je síla, ten lék myslím. Ale jinak reagoval opravdu vesele.*

*T: Co myslíte tím vesele?*

*R: No, že se strašně smál. Neustále se chechtal. Nu, choval se jako opilý, ale ten neškodně a hezky opilý člověk.*

*R (2): Říkal, že měl pocity takové té nadnesenosti. Jak se tomu říká?*

*T: Euforie?*

*R (2): Jo, euforie to byla.“*

#### Respondent 213

*„R: Jediný na co mně choděj, je ten apoibuprofen, když ho mám doma. Na ten mi sem tam sáhnou. Když třeba někoho z nich bolí hlava, jinak ne.*

*T: A jak často se to asi děje?*

*R: No, to je různý. Opravdu podle toho, jestli mám doma ten apo-ibuprofen nebo ne, a taky podle toho jestli někoho něco bolí nebo ne. Ale asi několikrát do měsíce.*

*T: A kolik tabletek si asi tak vezmou?*

*R: No, tak tu jednu, dvě maximálně. Víte, ten apo-ibuprofen je docela silnej. A někdo, kdo na to není zvyklej, to může pěkně cejtít. Může Vás to pěkně odrovnat. Někomu se po tom může chtít spát.“*

#### **b) kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem**

Tento tematický celek jsme zaměřili na kombinaci předepisovaných opioidních analgetik u respondentů s alkoholem. V první otázce jsme se respondentů dotazovali, zda někdy došlo k tomu, že užili předepisované léky spolu dohromady s alkoholem. Od celkového počtu N=20 respondentů jsme obdrželi stejný počet odpovědí, které jsme pomocí dvou hodnotících kategorií vyhodnotili. Hodnotící kategorie byly následující: Ano, stalo se, a Ne, nestalo.

V první kategorii jsme získali od respondentů 12 pozitivních odpovědí, jež představovaly 60 % všech získaných odpovědí. Negativně se v rámci druhé kategorie vyjádřilo 8 respondentů (40 % všech získaných odpovědí) (tabulka č. 24).

Kategorie	Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.	12	60	12
2.	8	40	8
Celkový počet odpovědí	20	100	20
Celkový počet respondentů	20		

**Legenda:**

1. Ano, stalo se
2. Ne, nestalo se

Tabulka č. 24 Užití opioidních analgetik respondentem v kombinaci s alkoholem

V další otázce jsme se respondentů dotazovali, v kolika letech začali s pravidelnou konzumací alkoholu. Všech 20 respondentů odpovědělo na tuto otázku, přestože 8 respondentů v předchozí otázce uvedlo, že v současné době nepatří mezi konzumenty alkoholu. Získané odpovědi jsme hodnotili za pomoci námi stanovených hodnotících kategorií, které byly následující: uživatel alkoholu a abstinent. První kategorii jsme dělili na dvě podkategorie. Respondenty, kteří začali s pravidelnou konzumací před dovršením 18 let, a respondenty, kteří začali konzumovat alkohol po dovršení 18 let.

V první kategorii jsme získali od respondentů 20 pozitivních odpovědí, jež představovaly 100 % všech získaných odpovědí. V první subkategorii jsme získali 18 odpovědí, u druhé subkategorii odpověděli pozitivně pouze 2 respondenti. Negativně se v rámci druhé kategorie nevyjádřil ani jeden respondent (tabulka č. 25).

Kategorie	Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.	20	100	20
1      1	18		18
1      2	2		2
2.	0	0	0
Celkový počet odpovědí	20	100	20
Celkový počet respondentů	20		

**Legenda:**

1. Uživatel alkoholu
  - 1.1. Začátek užívání v období dospívání
  - 1.2. Začátek užívání po dovršení 18 let
2. Abstinent

Tabulka č. 25 Začátek užívání alkoholu u respondentů

Návazně na předchozí otázky jsme u respondentů zjišťovali, zda ke kombinaci předepisovaných opioidních analgetik a alkoholu došlo v poslední době více než jednou. Všechny 20 respondentů odpovědělo na tuto otázku. Získané odpovědi jsme hodnotili za pomoci námi stanovených hodnotících kategorií, které byly následující: Ano, stalo se, a Ne, nestalo se. Druhou kategorii jsme ještě rozdělili na dvě podkategorie. Jednalo se o následující podkategorie: pacient kombinující alkohol s předepisovanými léky a pacient neužívající alkohol spolu s léky.

5 respondentů odpovědělo, že k užití alkoholu v kombinaci s předepisovanými léky došlo v poslední době více než jednou, což představovalo 25 % všech získaných odpovědí. V rámci druhé kategorie jsme získali odpovědi od 15 respondentů (75 % všech odpovědí). Na základě získaných odpovědí jsme 7 respondentů zařadili do první podkategorie a 8 respondentů do druhé podkategorie (tabulka č. 26).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		5	25	5
2.		15	75	15
2	1	7		7
2	2	8		8
Celkový počet odpovědí		20	100	20
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Ano, stalo se
2. Ne, nestalo se
  - 2.1. Pacient kombinující alkohol s předepsanými léky
  - 2.2. Pacient neužívající alkohol spolu s léky

Tabulka č. 26 Užití opioidních analgetik na lékařský předpis v kombinaci s alkoholem více než jednou v poslední době

V další otázce jsme se ptali, kolikrát za týden nebo měsíc dochází ke kombinaci předepisovaných opioidních analgetik a alkoholu. Odpovědi k této otázce jsme získali od všech 20 respondentů. Získané odpovědi jsme hodnotili za pomoci námi stanovených hlavních hodnotících kategorií, které byly následující: Ano, příčinou bylo, a Ne, nikdy. První

kategorii jsme na základě získaných odpovědí ještě rozdělili na šest podkategorií, které jsou následující: 1 x za týden, 2 x a více za týden, 1 x za měsíc, 2 x a více za měsíc, 1 x za tři měsíce, a 1 x za půl roku.

U první kategorie jsme získali 12 odpovědí, což odpovídalo jak počtu respondentů, tak četnosti 60 % získaných odpovědí. První kategorii jsme z hlediska odpovědí rozdělili následovně: po 1 respondentovi uvedli frekvenci kombinace 1 x za týden a 1 x za tři měsíce, 5 respondentů uvedlo frekvenci 2 x a více za týden, u 2 respondentů se vyskytla odpověď jednou do měsíce a 3 respondenti uváděli frekvenci 2 x a více za měsíc. Nikdo z respondentů neuvedl frekvenci užívání jednou za půl roku.

8 respondentů (40 % všech získaných odpovědí) uvedlo v rámci druhé hlavní kategorie, že se k této kombinaci nikdy neuchýlili (tabulka č. 27).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		12	60	12
1	1	1		1
1	2	5		5
1	3	2		2
1	4	3		3
1	5	1		1
1	6	0		0
2.		8	40	8
Celkový počet odpovědí		20	100	20
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Ano, příčinou byla
  - 1.1. 1 x za týden
  - 1.2. 2 x a více za týden
  - 1.3. 1 x za měsíc
  - 1.4. 2 x a více za měsíc
  - 1.5. 1 x za tři měsíce
  - 1.6. 1 x za půl roku
2. Ne, nikdy

Tabulka č. 27 Frekvence užívání opioidních analgetik na lékařský předpis v kombinaci s alkoholem

Dále jsme se ptali, jaké množství alkoholu v kombinaci s předepisovanými opioidními analgetiky bylo respondenty užito. Všech 20 respondentů odpovědělo na tuto otázku. Celkem

jsme získali od respondentů 22 odpovědi. Odpovědi jsme hodnotili za pomoci námi stanovených čtyř hlavních hodnotících kategorií, které byly následující: 0 l, 0,1–0,4 l, 0,5–1 l a více než 1 l.

V první kategorii odpovědělo 8 respondentů, což odpovídalo četnosti 36,36 % získaných odpovědí. Na druhou kategorii odpovědělo 9 respondentů (40,91 % všech získaných odpovědí). 4 respondenti odpověděli na dotaz týkající se množství alkoholu v rozsahu 0,5–1 l. pouze 1 respondent odpověděl, že užívá v kombinaci s léky více než 1 l alkoholu (tabulka č. 28).

Kategorie	Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.	8	36,36	8
2.	9	40,91	9
3.	4	18,18	4
4.	1	4,55	1
Celkový počet odpovědí	22	100	22
Celkový počet respondentů	20		

**Legenda:**

1. 0 l
2. 0,1 – 0,4 l
3. 0,5 – 1 l
4. Více než 1 l

Tabulka č. 28 Množství alkoholu užívaného v kombinaci s předepisovanými opioidními analgetiky u respondentů

U respondentů studie nás zajímali důvody, proč u nich docházelo k tomuto chování, které ve výsledku vedlo ke kombinaci předepisovaných opioidních analgetik s alkoholem. Jeden ze sledovaných faktorů představoval důvod, v čem se užití alkoholu dohromady s analgetiky liší od normálního užívání. Od 20 respondentů jsme získali celkem 23 odpovědi. Získané odpovědi jsme hodnotili pomocí dvou hlavních kategorií. Hlavní kategorie byly následující: Užívám, ale, a Neužívám. První hodnotící kategorii jsme rozdělili do čtyř podkategorií, které byly rozděleny následovně – netuším, přijde uvolnění, jsem klidnější, a nemá žádný vliv.

V první kategorii jsme od 12 respondentů získali celkem 15 odpovědí, což představovalo 65,22 % všech získaných odpovědí. Po 2 respondentech odpovědělo v podkategoriích netuším a nemá žádný vliv. 4 respondenti uvedli, že po užití této kombinace přijde uvolnění. Podkategorii jsem klidnější zodpovědělo kladně 7 respondentů.

8 respondentů se vyjádřilo negativně v rámci druhé hlavní kategorie, což představovalo četnost 34,78 % všech získaných odpovědí (tabulka č. 29).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		15	65,22	15
1	1	2		2
1	2	4		4
1	3	7		7
1	4	2		2
2.		8	34,78	8
Celkový počet odpovědí		23	100	23
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Užívám, ale
  - 1.1. netuším
  - 1.2. přijde uvolnění
  - 1.3. jsem klidnější
  - 1.4. nemá žádný vliv
2. Neužívám

Tabulka č. 29 Kombinace předepisovaných opioidních analgetik vs. samotné užívání předepisovaných opioidních analgetik

Druhý faktor, který jsme sledovali u respondentů, představoval důvod, proč je dle respondentů lepší užít alkohol a opioidní analgetika na lékařský předpis zároveň. Od 20 respondentů jsme získali celkem 23 odpovědí. Získané odpovědi jsme hodnotili pomocí dvou hlavních kategorií. Hlavní kategorie byly následující: Užívám, a Neužívám, tak si to nemyslím. První hodnotící kategorii jsme rozdělili do čtyř podkategorií, které byly rozděleny následovně – netuším, přijde uvolnění, jsem klidnější, a cítím se normálně.

V první kategorii jsme od 12 respondentů získali celkem 15 odpovědí, což představovalo 65,22 % všech získaných odpovědí. Po 2 respondentech odpovědělo v podkategoriích, přijde uvolnění a jsem klidnější. 4 respondenti uvedli, že po užití této kombinace cítí normálně. Podkategorii „netuším“ si zvolilo 7 respondentů.

8 respondentů se vyjádřilo negativně v rámci druhé hlavní kategorie, což představovalo četnost 34,78 % všech získaných odpovědí (tabulka č. 30).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		15	65,22	15
1	1	7		7

1	2	2		2
1	3	2		2
1	4	4		4
2.		8	34,78	8
Celkový počet odpovědí		23	100	23
Celkový počet respondentů		20		

#### **Legenda:**

1. Užívám,
  - 1.1. Ale netuším
  - 1.2. přijde uvolnění
  - 1.3. jsem klidnější
  - 1.4. cítím se normálně
2. Neužívám, tak si to nemyslím

Tabulka č. 30 Využívání opioidních analgetik na lékařský předpis dohromady s alkoholem

Výpovědi respondentů poukazující na jednotlivé projevy stavů spojených s kombinací předepisovaných opioidních analgetik s alkoholem. Níže uvedené odpovědi rozšiřují data uvedená v tabulce č. 29 a 30 a zároveň slouží k jejich lepšímu pochopení.

A) pomoc ve zvládnání bolestivých stavů

#### **Respondent 101**

*„T: Pijete alkohol?”*

*R: Nepiju.*

*T: Ne?*

*R: Tedy pokud za pití alkoholu nepovažujete to, že neodmítnu, když mi někdo nabídne tu stopičku nebo sem tam i pivo. Ale jinak to sám nevyhledávám a ani do restaurací kvůli tomu nechodím. Nevyhledávám to takhle.*

*T: A tohle nabídnutí se objevuje jak často?*

*R: No, při nějaký příležitosti, výročí, co se namane.*

*T: A kdybychom to zprůměrovali, jak často by to bylo?*

*R: No, tak desetkrát dvanáctkrát do roka.*

*T: A v jakém množství asi to je?*

*R: Minimálním. V tom společensky přiměřeném.*

*T: A to znamená jaké množství?*

*R: Řekněte mi, jakou máte stupnici, a já vám to řeknu.*

*T: Třeba u piva by to mohl být půl litr nebo litr? Do Dvou deci tvrdého alkoholu? Nebo do dvou, tří deci vína?*

*R: No, pár nebo spíše někdy několik skleniček vína.*



*T: Kolik by to bylo tak v průměru?*

*R: No, něco mezi 0,4 a 0,7 litru alkoholu. Normálně tak dvakrát dvě deci, někdy víc. Ale nebylo by to tak, že bych byl nějaký vyhledávač alkoholu. To ne. Ale ani nepřítel. Když dostanu, tak si dám. Nic nevylejvám. Piju tak příležitostně.“*

**B) zhoršení bolestí a celkově zdravotního stavu**

*Respondent 106*

*„T: Alkohol?*

*R: Ne-e.*

*T: Ani si sem tam nedáte pivo?*

*R: Ne, mě pivo vůbec nechutná. Tak víno nebo slivovici. Nebo bechera, sladký mám nejradši. Nebolí mne pak z toho žaludek.*

*T: A v současné době si ještě tu stopičku becherovky dáte?*

*R: No, tak třikrát do měsíce, někdy jenom jednu za dva, tři měsíce.*

*T: A toho bechera si dáváte jaké množství? Stopičku?*

*R: No, tu stopičku. Někdy i dvě, tři. Tak jednou jsem to přehnal a hrozně moc.*

*T: A jak to vypadalo?*

*R: Ne, jak, ale byl to absták. Zimnica. Zimnica, křeči, zle, já se nemůžu hnout z postele. Nohy studený, ruky studený. Všecko.*

*T: Kdy se to stalo?*

*R: když jsem to přehnal, tak před těma třema rukama, kdy jsem chodil do té bolesti, bral léky a nevěděl, co dokážou.*

*T: A o jakou situaci se jednalo?*

*R: No, to byly narozeniny, myslím, že osmačtyřicátý. Tak to bylo ono. To jsem to přehnal s tím becherem. A od té doby mám strach, protože já jsem kdysi měl žaludeční vředy. Sice je mám vyléčený, ale bál jsem se. A tohle bylo ještě horší než ty žaludeční vředy. Ty křeče byly šílený. Ted' už si to tak nedávám.*

*R: Tehdy jsem měl narozeniny. Byl jsem po operaci. A nějak se to všechno střetlo dohromady a bylo mi strašně špatně. To už bych fakt nechtěl.*

*R: Já jsem taky nikdy neměl rád pivo. Radši jsem měl tvrdý. Aj tak, když si to na ty léky dáte, tak to buď musíte přepít nebo nevím, jinak jsou to strašný křeče. Je tu strašný. A i když pálím, tak to většinou roznesu po okolí, ale přiznám se, že pár štopiček ochutnám v průběhu pálení.*

*T: Nedošlo k tomu, že Vám to ulevilo od bolesti?*

*R: Ne, právě naopak. Tak jsem su myslel, že bych tu bolest nemusel cítit. Ale víte, co sa mi stalo. Já su dostal křeče. Šílený křeče, jako by ten alkohol srazil hořík, a já dostal křeče do stehna a do lýtka. Takže to ne. on mi totiž pan doktor říkal, že mi to zarůstá v páteři srůsty. Je to hlavně u změny počasí. To vám škrapu zeď bolestí. A chodil jsem před rokem, nebo vlastně chodím každý rok na kapačky, kam mi dávají ten hořík. Vždycky je to na podzim, kdy sú ty plískanice a tohle, a mne to strašně bolí. A já nevím vůbec proč. Taky mohu dělat rosničku, když mne bolí záda nebo toto, celý rok. Když ted' je mi hůř a dostávám ty křeče, to bych ten*

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		14	70	20
1	1	6		6
1	2	8		8
2.		6	30	6

Celkový počet odpovědí	20	100	20
Celkový počet respondentů	20		

**Legenda:**

1. Kuřák
  - 1.1. Dříve
  - 1.2. V současné době s denní frekvencí
2. Nekuřák

Tabulka č. 31 Počet kuřáků a nekuřáků mezi respondenty studie

Dále jsme se dotazovali, v jakém věku jednotlivý respondenti začali kouřit. Tuto otázku zodpověděli všichni respondenti, N=20. Získané odpovědi jsme hodnotili pomocí dvou hlavních kategorií. Hlavní kategorie jsme stanovili následovně: kuřák a nekuřák. První hodnotící kategorii jsme rozdělili do dvou podkategorií, které byly rozděleny následovně – začátek užívání v období dospívání a začátek užívání po dovršení 18 let.

14 respondentů se nám vyjádřilo v rámci první hodnotící kategorie kladně, což představovalo celkem 70 % všech získaných odpovědí. V obou podkategoriích jsme získali odpovědi od 7 respondentů.

Negativně se vyjádřilo celkem 6 respondentů v případě druhé hodnotící kategorie, nekuřák. Počet získaných odpovědí představoval celkem 30 % všech získaných odpovědí (tabulka č. 32).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		14	70	14
1	1	7		7
1	2	7		7
2.		6	30	6
Celkový počet odpovědí		20	100	20
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Kuřák
  - 1.1. Začátek užívání v období dospívání
  - 1.2. Začátek užívání po dovršení 18 let
2. Nekuřák

Tabulka č. 32 Začátek užívání tabákových výrobků u respondentů

V návaznosti na předchozí dvě otázky jsme se respondentů dotazovali, jaká je denní spotřeba cigaret jednotlivých respondentů. Na otázku jsme získali celkem 20 odpovědí, které jsme hodnotili pomocí dvou hlavních kategorií. Hlavní kategorie jsme stanovili následovně: kouřím denně a nekuřák. První hodnotící kategorii byla námi rozdělena do čtyř podkategorií: 0-10 cigaret, 11-20 cigaret, 21-30 cigaret a více než 31 cigaret.

V rámci první kategorie jsme získali 14 kladných odpovědí (70 % všech získaných odpovědí). Jednotlivé podkategorie byly pro získané odpovědi rozděleny následovně: 6 respondentů uvedlo, že jejich denní spotřebou je 0-10 cigaret. Denní spotřebu 11-20 cigaret uvedlo celkem 5 respondentů. 1 respondent uvedl spotřebu 21-30 cigaret denně. Spotřebu více než 31 cigaret denně uvedli dva respondenti, jeden z respondentů uvádí, že přestal kouřit v období zahájení léčby opioidními analytikami.

Negativně se vyjádřilo celkem 6 respondentů v případě druhé hodnotící kategorie, nekuřák. Počet získaných odpovědí představoval celkem 30 % všech získaných odpovědí (tabulka č. 33).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		14	70	14
1	1	6		6
1	2	5		5
1	3	1		1
1	4	2		2
2.		6	30	6
Celkový počet odpovědí		20	100	20
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Kouřím denně
  - 1.1. 0 – 10 cigaret
  - 1.2. 11 – 20 cigaret
  - 1.3. 21 – 30 cigaret
  - 1.4. Více než 31 cigaret
2. Nekuřák

Tabulka č. 33 Spotřeba cigaret u respondentů studie

Také jsme se zajímali v rámci prováděného polostrukturovaného rozhovoru o to, jak často respondenti kouří po užití předepsané medikace. Danou otázku nám zodpovědělo všech 20 respondentů. Jejich odpovědi jsme následně hodnotili za pomoci námi sestavených

hodnotících kategorií. Hodnotící kategorie byly následující: Ano, pravidelně s denní frekvencí, a Ne, vůbec nekouřím

První hodnotící kategorii zodpovědělo kladně 8 respondentů, což představovalo četnost 40 %. 12 respondentů se vyjádřilo negativně v případě druhé hodnotící kategorie, Ne, vůbec nekouřím (tabulka č. 34).

Kategorie	Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.	8	40	8
2.	12	60	12
Celkový počet odpovědí	20	100	20
Celkový počet respondentů	20		

**Legenda:**

1. Ano, pravidelně s denní frekvencí
2. Ne, vůbec nekouřím

Tabulka č. 34 Frekvence kouření po užití předepisovaných opioidních analgetik u respondentů

Poslední faktor sledovaný v rámci celku zabývajícího se kombinací opioidních analgetik a tabákových výrobků představovalo, zda u respondentů, kteří jsou aktivními kuřáky, dochází ke změně spotřeby cigaret v závislosti na tom, zda respondent léky užívá nebo ne. Bylo získáno celkem 20 odpovědí, které jsme hodnotili pomocí dvou hlavních hodnotících kategorií: kuřák a nekuřák. U první hodnotící kategorie jsme ještě pro naše účely stanovili dvě podkategorie: Ano, mění, a ne, nemění.

První hodnotící kategorii zodpovědělo kladně 8 respondentů, což představovalo celkovou četnost 40 %. Všechny odpovědi byly zařazeny do druhé podkategorie – ne, nemění.

12 respondentů (60 %) se vyjádřilo negativně v případě druhé hodnotící kategorie, Ne, vůbec nekouřím (tabulka č. 35).

Kategorie	Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.	8	40	8
1      1	0		0
1      2	8		8
2.	12	60	12
Celkový počet odpovědí	20	100	20
Celkový počet respondentů	20		

### Legenda:

1. Kuřák
  - 1.1. Ano, mění
  - 1.2. Ne, nemění
2. Nekuřák

Tabulka č. 35 Změna spotřeby cigaret v závislosti na užívání opioidních analgetik na lékařský předpis u respondentů

#### ***d) kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s nealkoholovými návykovými látkami***

Další tematický celek byl zaměřen na oblast kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s nealkoholovými návykovými látkami, hlavně s návykovými látkami ilegálního charakteru, u respondentů této studie. V tomto celku jsme se zaměřili hlavně na tři aspekty: samotná kombinace předepisovaných opioidních analgetik s nealkoholovými návykovými látkami, typ užívané nealkoholové návykové látky a frekvence tohoto užívání jednotlivými respondenty studie.

První otázku, kterou jsme položili respondentům v rámci této části interview, jsme zaměřili na samotnou kombinaci opioidních analgetik na lékařský předpis s nealkoholovými návykovými látkami. Na danou otázku jsme získali 20 odpovědí, které jsme hodnotili za pomoci dvou základních kategorií: Ano, kombinuji, a Ne, nekombinuji. Druhou kategorii jsme pro naše účely následovně rozdělili na dvě podkategorie. Jednalo se o následující podkategorie – v žádném případě a zatím ne.

Odpovědi na tuto otázku jsme získali pouze v rámci druhé kategorie, kde jsme získali celkem 20 odpovědí, což představovalo 100 % všech získaných odpovědí. V rámci obou podkategorií se nám získané odpovědi rozdělili následovně. V podkategorii „v žádném případě“ jsme shromáždili 11 odpovědí. Pro podkategorii „zatím ne“ byly získány odpovědi od 9 respondentů (tabulka č. 36).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		0	0	0
2.		20	100	20
2	1	11		11
2	2	9		9
Celkový počet odpovědí		20	100	20
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Ano, kombinuji
2. Ne, nekombinuji
  - 2.1. V žádném případě
  - 2.2. Zatím ne

Tabulka č. 36 Existence kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s nealkoholovými návykovými látkami u respondentů

Druhá otázka byla zacílena na získání informací, které se týkaly frekvence užívání předepisovaných medikamentů v kombinaci s nealkoholovými návykovými látkami. Bylo získáno celkem 20 odpovědí, které jsme hodnotili pomocí dvou hlavních hodnotících kategorií: Ano, a Ne, nikdy. U první hodnotící kategorie jsme ještě pro naše účely stanovili čtyři podkategorie: 1 x denně, 1 x týdně, 1 x za měsíc a 1 x za tři měsíce.

Odpovědi na tuto otázku jsme získali pouze v rámci druhé kategorie, kde jsme získali celkem 20 odpovědí, což představovalo 100 % všech získaných odpovědí. V rámci obou podkategorií se nám získané odpovědi rozdělili následovně (tabulka č. 37).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		0	0	0
1	1	0		0
1	2	0		0
1	3	0		0
1	4	0		0
2.		20	100	20
Celkový počet odpovědí		20	100	20
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Ano,
  - 1.1. 1 x denně
  - 1.2. 1 x týdně
  - 1.3. 1 x za měsíc
  - 1.4. 1 x za tři měsíce
2. Ne, nikdy

Tabulka č. 37 Frekvence užívání kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s nealkoholovými návykovými látkami u respondentů

Poslední otázka položená v rámci interview se zabývala typy návykových látek, které jednotlivý respondenti užívali nebo užívají v kombinaci s předepisovanými opioidními

analgetiky. Získali jsme celkem 20 odpovědí, které jsme hodnotili pomocí tří hlavních hodnotících kategorií: užívám tuto návykovou látku, mám zájem vyzkoušet tuto návykovou látku, a žádnou návykovou látku neužívám. Pro druhou hodnotící kategorii jsme ještě pro naše účely stanovili podkategorii: marihuana.

Odpovědi na tuto otázku jsme získali v rámci druhé a třetí kategorie. U druhé kategorie bylo sebráno 9 odpovědí od 9 respondentů, kteří shodně uvedli odpověď marihuana, což následně představovalo četnost 45 % všech získaných odpovědí. 11 respondentů (55 % všech získaných odpovědí) uvedlo odpovědi, které jsme následně zařadili do třetí základní hodnotící kategorie „žádné návykové látky neužívám“ (tabulka č. 38).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		0	0	0
2.		9	45	9
2	1	9		9
3.		11	55	11
Celkový počet odpovědí		20	100	20
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Užívám tuto návykovou látku
2. Mám zájem vyzkoušet tuto návykovou látku
  - 2.1. Marihuana
3. Žádné návykové látky neužívám

Tabulka č. 38 Typy nealkoholových návykových látek v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis u jednotlivých respondentů

***e) kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s volně prodejnými léky***

Poslední tematický celek, kterým jsme se zabývali v rámci prováděných polostrukturovaných interview, představovalo užívání volně prodejných léků dohromady s předepisovanými medikamenty. Stejně jako v předchozí tematické oblasti jsme se zaměřili na tři oblasti. Sledovanými aspekty byly oblasti, které představovalo samotné užívání volně dostupných léků spolu s předepisovanými léky, důvody vedoucí k užívání volně dostupných léků a hlavní důvody užití této kombinace.

První otázku byla zaměřena na úsuv volně prodejných léků a na to, o které medikamenty se nejčastěji v případě respondentů jednalo. Od 20 respondentů jsme získali celkem 30 odpovědí, jež jsme hodnotili pomocí dvou základních kategorií: Ano, užívám OTC, a Ne,



neužívám OTC. První podkategorie byla rozdělena pro účely vyhodnocení na šest podkategorií: Ibalgin, Ibuprofen/Apo-ibuprofen, Paralen, Panadol, Valetol/Voltaren a jiné.

V rámci první kategorie jsme od 16 respondentů získali 26 odpovědí, neboť někteří respondenti ve svých odpovědích uváděli více než jeden typ volně prodejných léků. Odpovědi získané v rámci této kategorie představují četnost 86,67 %. Jednotlivé podkategorie byly zastoupeny následovně: po 8 respondentech uvedlo volně prodejně léky Ibalgin a Ibuprofen/Apo-ibuprofen, 2 respondenti shodně odpovědi ve třech podkategoriích (Paralen, Panadol a Valetol/Voltaren), a jiné, méně známé volně prodejně léky byly uvedeny 4 respondenty.

4 respondenti (13,33 %) se vyjádřili negativně v případě druhé hodnotící kategorie, Ne, vůbec neužívám OTC (tabulka č. 39).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		26	86,67	26
1	1	8		8
1	2	8		8
1	3	2		2
1	4	2		2
1	5	2		2
1	6	4		4
2.		4	13,33	4
Celkový počet odpovědí		30	100	30
Celkový počet respondentů		20		

#### **Legenda:**

1. Ano, užívám OTC
  - 1.1. Ibalgin
  - 1.2. Ibuprofen/apo-ibuprofen
  - 1.3. Paralen
  - 1.4. Panadol
  - 1.5. Valetol/Voltaren
  - 1.6. Jiné
2. Ne, vůbec neužívám OTC

Tabulka č. 39 Užívané volně prodejně léky u respondentů studie

Další otázka byla cílena na zjištění důvodů, které vedly ke kombinaci volně prodejných léků a opioidních analgetik na lékařský předpis u respondentů studie. Od 20 respondentů jsme získali celkem 22 odpovědí, jež jsme hodnotili pomocí dvou základních kategorií: Ano,

kombinuji kvůli, a Ne, vůbec nekombinuji. První podkategorie jsme rozdělili na čtyři podkategorie: nadměrná bolest, bolest, nutnost usnout a pocit uvolnění.

V rámci první kategorie jsme od 16 respondentů získali 18 odpovědí vzhledem k tomu, že někteří respondenti ve svých odpovědích uváděli více než jeden důvod pro užití této kombinace. Odpovědi získané v rámci této kategorie představují četnost 81,82 %. Jednotlivé podkategorie byly zastoupeny následovně: 4 respondenti uvedli jako důvod užití nadměrnou bolest, bolest jako důvod uvedlo 11 respondentů, pouze 1 respondent uvedl explicitně nutnost usnutí a 2 respondenti uvedli pocit uvolnění.

4 respondenti (18,18 %) se vyjádřili negativně v případě druhé hodnotící kategorie, Ne, vůbec nekombinuji (tabulka č. 40).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		18	81,82	18
1	1	4		2
1	2	11		11
1	3	1		1
1	4	2		2
2.		4	18,18	4
Celkový počet odpovědí		22	100	22
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Ano, kombinuji kvůli
  - 1.1. Nadměrná bolest
  - 1.2. Bolest
  - 1.3. nutnosti usnout
  - 1.4. pocitu uvolnění
2. Ne, vůbec nekombinuji

Tabulka č. 40 Důvody užití kombinace volně prodejných léků a opioidních analgetik na lékařský předpis

Poslední otázka tohoto celku byla zaměřena na zjištění hlavního důvodu, který vedl ke kombinaci volně prodejných léků a opioidních analgetik na lékařský předpis u respondentů studie. Od 20 respondentů jsme získali celkem 24 odpovědí, jež jsme hodnotili pomocí dvou základních kategorií: Ano, kombinuji kvůli, a Ne, vůbec nekombinuji. První podkategorie jsme rozdělili na čtyři podkategorie: bolesti, nutnost usnout, pocit uvolnění a pocitu uklidnění.

V rámci první kategorie jsme od 16 respondentů získali 20 odpovědí vzhledem k tomu, že někteří respondenti ve svých odpovědích uváděli více než jeden hlavní důvod pro užití této

kombinace. Odpovědi získané v rámci této kategorie představují četnost 83,33 %. Jednotlivé podkategorie byly zastoupeny následovně: 15 respondenti uvedli jako důvod užití bolesti, 1 respondent uvedl důvod nutnost usnutí a po 2 respondentech odpovědělo v podkategoriích pocit uvolnění a pocit uklidnění.

4 respondenti (16,67 %) se vyjádřili negativně v případě druhé hodnotící kategorie, Ne, vůbec nekombinují (tabulka č. 41).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		20	83,33	20
1	1	15		15
1	2	1		1
1	3	2		2
1	4	2		2
2.		4	16,67	4
Celkový počet odpovědí		24	100	24
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Ano, kombinuji kvůli
  - 1.1. Bolesti
  - 1.2. Nutnosti usnout
  - 1.3. Pocitu uvolnění
  - 1.4. pocitu uklidnění
2. Ne, vůbec nekombinuji

Tabulka č. 41 Hlavní důvody vedoucí k užití kombinace volně prodejných léků s opioidními analgetiky na lékařský předpis

***f) Faktory spojené s užitím jednotlivých kombinací***

V poslední části rozhovorů s pacienty s diagnózou chronické bolesti jsme se zaměřili na stavy, které jednotlivý respondenti prožívají a zažívají při kombinaci opioidních analgetik s alkoholem nebo tabákem nebo volně prodejnými léky. Zajímali jsme se jak o environmentální vlivy působící v průběhu stavu, tak psychologické a emocionální vlivy doprovázející tyto stavy.

Vzhledem k tomu, že se jedná o velice širokou skupinu faktorů působících na stavy u respondentů studie, jsme se zaměřili na aspekty vypovídající o tom, zda respondenti užívají nejprve předepisovaná opioidní analgetika a následně užijí alkohol, tabákové výrobky nebo

volně prodejné léky, anebo je tomu naopak. Dále jsme zjišťovali, zda se užívání takové to kombinace odehrává v určitý časový úsek. Po zjištění těchto dvou aspektů jsme se zaměřili na stavy doprovázející užívání těchto kombinací.

Jak už jsme uvedli výše, jako první jsme sledovali aspekt zabývající se otázkou, zda respondenti užívají nejprve opioidní analgetika na lékařský předpis a následně po té užívají alkohol nebo tabákové výrobky nebo volně prodejné léky v kombinaci, nebo je tomu naopak. Od celkového počtu 20 respondentů jsme získali celkem 31 odpovědí, neboť někteří z respondentů užívají více než jednu kombinaci. Získané odpovědi jsme následně hodnotili pomocí dvou základních hodnotících kategorií: Ano, užívám dohromady, a Ne, neužívám dohromady. První hodnotící kategorii jsme pro účely přesnějšího hodnocení vytvořili 3 podkategorie: nejdříve léky a potom alkohol/tabákové výrobky/volně prodejné léky, léky až po užití alkoholu/tabákových výrobků/volně prodejných léků, a nerozlišuji to.

V rámci první kategorie jsme získali 27 odpovědí od 16 respondentů, což představovalo četnost 87,10 %, kteří uvedli, že alespoň jednu z kombinací užívají. Nejvyšší počet odpovědí, 17, jsme získali pro podkategorii nejdříve léky a potom alkohol/tabákové výrobky/volně prodejné léky. Po 5 odpovědích jsme získali v podkategoriích léky až po užití alkoholu/tabákových výrobků/volně prodejných léků, a nerozlišuji to.

4 respondenti (12,90 %) se vyjádřili negativně v případě druhé hodnotící kategorie, Ne, neužívám dohromady (tabulka č. 42).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		27	87,10	27
1	1	17		17
1	2	5		5
1	3	5		5
2.		4	12,90	4
Celkový počet odpovědí		31	100	31
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Ano, užívám
  - 1.1. Nejdříve léky a potom ALKO/TAB/NL/OTC

- 1.2. Léky až po užití ALKO/TAB/NL/OTC
- 1.3. Nerozlišuji to
2. Ne, neužívám dohromady

Tabulka č. 42 Užívání opioidních analgetik na lékařský předpis po užití alkoholu/tabákových výrobků/volně prodejných léků nebo před užitím alkoholu/tabákových výrobků/volně prodejných léků v kombinaci

V návaznosti na předešlou otázku jsme se respondentů studie dotazovali, zda dochází k užití předepisovaných opioidních analgetik v kombinaci s alkoholem/tabákovými výrobky/volně prodejnými léky v určitou hodinu nebo určitý úsek dne. Od 20 respondentů zapojených do studie jsme získali 33 odpovědí, které jsme následně hodnotili za pomoci námi stanovených dvou hodnotících kategorií. Základní hodnotící kategorie jsme stanovili následovně: Ano, dochází k užití, a Ne, nedochází k užití. První kategorie byla pro naše účely rozdělena na 5 podkategorií: v průběhu celého dne, v průběhu dopoledne, v průběhu odpoledne, večer a během pravidelné činnosti.

V rámci první hodnotící kategorie jsme získali od 16 respondentů 29 odpovědí, což představuje četnost 87,88 %. V rámci podkategorie v průběhu celého dne jsme získali 7 odpovědí, 4 odpovědi jsme získali pro podkategorii v průběhu dopoledne, 9 odpovědí bylo získáno v podkategorii v průběhu odpoledne, pro podkategorii bylo získáno 8 odpovědí. Pouze jeden respondent uvedl užívání během pravidelné činnosti. Vzhledem k tomu, že jednotlivý respondenti uváděli existenci více než jedné kombinace, nerozlišovali jsme, o jakou kombinaci šlo.

4 respondenti (12,12 %) se vyjádřili negativně v případě druhé hodnotící kategorie, Ne, neužívám dohromady (tabulka č. 43).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		29	87,88	29
1	1	7		7
1	2	4		4
1	3	9		9
1	4	8		8
1	5	1		1
2.		4	12,12	4
Celkový počet odpovědí		33	100	33
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Ano, dochází k užití
  - 1.1. V průběhu celého dne
  - 1.2. V průběhu dopoledne
  - 1.3. V průběhu odpoledne
  - 1.4. Večer
  - 1.5. Během pravidelné činnosti
2. Ne, nedochází k užití

Tabulka č. 43 Užití opioidních analgetik na lékařský předpis v kombinaci s alkoholem/tabákovými výrobky/volně prodejnými léky v určitý úsek dne

Dále jsme se respondentů dotazovali na to, co se s nimi děje po užití předepisovaných opioidních analgetik v kombinaci s alkoholem nebo tabákovými výrobky nebo volně prodejnými léky. Od 20 respondentů zapojených do studie jsme získali 59 odpovědí, které jsme následně hodnotili za pomoci námi stanovených dvou hodnotících kategorií. Základní hodnotící kategorie jsme stanovili následovně: objevuje se a nic. První kategorie byla pro naše účely rozdělena na 10 podkategorií: uvolnění, uklidnění, snížení bolesti, pocit odlehčení, pocit nějaké nespecifikované bolesti, schopnost usnout, pocit unavenosti, pocit malátnosti, pocit energie a pocit nepříjemných fyzických stavů.

V rámci první hodnotící kategorie jsme získali od 16 respondentů 55 odpovědí, což představuje četnost 93,22 %. 10 odpovědí bylo získáno v podkategorii uvolnění, uklidnění uvedlo 13 odpovědí, 12 odpovědí bylo uvedeno u snížení bolesti, 5 odpovědí bylo uvedeno u pocitu ulehčení, 7 odpovědí bylo uvedeno u pocitu nějaké nespecifikované bolesti. Podkategorie schopnost usnout byla uvedena u 3 respondentů. Po 1 odpovědi bylo získáno u podkategorií pocit unavenosti, pocit malátnosti a pocit energie. 2 odpovědi byly uvedeny u pocitu nepříjemných fyzických stavů. Vzhledem k tomu, že jednotliví respondenti uváděli existenci více než jedné kombinace, nerozlišovali jsme, o jakou kombinaci šlo.

4 respondenti (6,78 %) se vyjádřili negativně v případě druhé hodnotící kategorie, Nic (tabulka č. 44).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		55	93,22	55
1	1	10		10
1	2	13		13
1	3	12		12
1	4	5		5
1	5	7		7

1	6	3		3
1	7	1		1
1	8	1		1
1	9	1		1
1	10	2		2
2.		4	6,78	4
Celkový počet odpovědí		59	100	59
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Objevuje se
  - 1.1. Uvolnění
  - 1.2. Uklidnění
  - 1.3. Snížení bolesti
  - 1.4. Pocit odlehčení
  - 1.5. Pocit nějaké nespecifikované pomoci
  - 1.6. Schopnost usnout
  - 1.7. Pocit unavenosti
  - 1.8. Pocit malátnosti
  - 1.9. Pocit energie
  - 1.10. Pocit nepříjemných fyzických stavů
2. Nic

Tabulka č. 44 Projevy stavů po užití opioidních analgetik na lékařský předpis s jednou z kombinovaných látek

Také jsme se respondentů dotazovali na to, co se s nimi děje po skončení stavu spojeného s užitím předepisovaných opioidních analgetik v kombinaci s alkoholem nebo tabákovými výrobky nebo volně prodejnými léky. Od 20 respondentů zapojených do studie jsme získali 24 odpovědí, které jsme následně hodnotili za pomoci námi stanovených dvou hodnotících kategorií. Základní hodnotící kategorie jsme stanovili následovně: nastane změna a nic. První kategorie byla pro naše účely rozdělena na 4 podkategorie: objeví se opětovně bolest, nic moc se neděje, usnu a začnou působit léky

V rámci první hodnotící kategorie jsme získali od 16 respondentů 20 odpovědí, což představuje četnost 83,33 %. 15 odpovědí bylo získáno v podkategorii opětovně se objeví bolest. 3 odpovědi byly zodpovězeny v podkategorii nic moc se neděje. Po 1 odpovědi bylo získáno u podkategorií usnu a začnou působit léky.

4 respondenti (16,67 %) se vyjádřili negativně v případě druhé hodnotící kategorie, Nic (tabulka č. 45).

Kategorie	Počet	Četnost %	Počet respondentů
-----------	-------	-----------	-------------------

1.		20	83,33	20
1	1	15		15
1	2	3		3
1	3	1		1
1	4	1		1
2.		4	16,67	4
Celkový počet odpovědí		24	100	24
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Nastane změna
  - 1.1. Objeví se opětovně bolest
  - 1.2. Nic moc se neděje
  - 1.3. Usnu
  - 1.4. Začnou působit léky
2. Nic

Tabulka č. 45 Stavby po skončení působení jednotlivých kombinací s opioidními analgetiky na lékařský předpis

U respondentů jsme také zjišťovali, jaké specifické stavy se pojí s užíváním předepisovaných opioidních analgetik v kombinaci s alkoholem nebo tabákovými výrobky nebo volně prodejnými léky. Od 20 respondentů zapojených do studie jsme získali 44 odpovědí, které jsme následně hodnotili za pomoci námi stanovených dvou hodnotících kategorií. Základní hodnotící kategorie jsme stanovili následovně: ano, užívám alespoň jednu z kombinací s výskytem a nic. První kategorie byla pro naše účely rozdělena na 9 podkategorií: pocit bolesti, úlevy, uklidnění, pomoci/ulehčení, spokojenosti/energie a normálního stavu, možnost usnutí/usnutí a ztráta koncentrace.

V rámci první hodnotící kategorie jsme získali od 16 respondentů 40 odpovědí, což je představováno četností 90,91 %. Po 2 odpovědích jsme získali u podkategorií pocit bolesti a pocit spokojenosti/energie. 13 odpovědí bylo získáno v podkategorii pocit úlevy. Pocit uklidnění se vyskytl v 11 odpovědích. 4 odpovědi byly získány v rámci podkategorie možnost usnutí/usnutí. Po 1 odpovědi bylo respondenty uvedeno u podkategorií ztráta koncentrace a pocit normálního stavu.

4 respondenti (9,09 %) se vyjádřili negativně v případě druhé hodnotící kategorie, Nic (tabulka č. 46).

Kategorie	Počet	Četnost %	Počet respondentů
-----------	-------	-----------	-------------------



1.		40	90,91	40
1	1	2		2
1	2	13		13
1	3	11		11
1	4	5		5
1	5	4		4
1	6	1		1
1	7	2		2
1	8	1		1
2.		4	9,09	4
Celkový počet odpovědí		44	100	44
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Ano, užívám alespoň jednu z kombinací s výskytem
  - 1.1. Pocitu bolesti
  - 1.2. Pocitu úlevy
  - 1.3. Pocitu uklidnění
  - 1.4. Pocitu pomoci/odlehčení
  - 1.5. Možnosti usnutí/usnutí
  - 1.6. Ztráty koncentrace
  - 1.7. Pocitu spokojenosti/energie
  - 1.8. Pocitem normálního stavu
2. Nic

Tabulka č. 46 Specifické projevy užívání jedné z kombinací

Dále jsme se respondentů ptali, jaké činnosti se věnují pod vlivem předepisovaných opioidních analgetik v kombinaci s alkoholem nebo tabákovými výrobky nebo volně prodejnými léky. Od 20 respondentů zapojených do studie jsme získali 31 odpovědí, které jsme následně hodnotili za pomoci námi stanovených dvou hodnotících kategorií. Základní hodnotící kategorie jsme stanovili následovně: ano, užívám a objevuje se spolu s, a ne, neužívám. První kategorie byla účely dalšího vyhodnocení rozdělena na 5 podkategorií: odpočinek, úleva, uklidnění, usnutí a žádná změna.

V rámci první hodnotící kategorie jsme získali od 16 respondentů 27 odpovědí, což je představováno četností 87,10 %. Po 2 odpovědích jsme získali u podkategorií pocit bolesti a pocit spokojenosti/energie. 15 odpovědí bylo získáno v podkategorii odpočinek. Úlevu uvedli respondenti v 5 odpovědích. 4 odpovědi byly získány v rámci podkategorie uklidnění. Usnutí bylo uvedeno ve 2 odpovědích. 1 respondent uvedl odpověď žádná změna.

4 respondenti (12,90 %) se vyjádřili negativně v případě druhé hodnotící kategorie, Ne, neužívám (tabulka č. 47).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		27	87,10	27
1	1	15		15
1	2	5		5
1	3	4		4
1	4	2		2
1	5	1		1
2.		4	12,90	4
Celkový počet odpovědí		31	100	31
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Ano, užívám a objevuje se spolu s
  - 1.1. Odpočinkem
  - 1.2. Úlevou
  - 1.3. Uklidněním
  - 1.4. Usnutím
  - 1.5. Žádnou změnou
2. Ne, neužívám

Tabulka č. 47 Činnosti spojené s užíváním kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem/tabákovými výrobky/volně prodejnými léky

U respondentů jsme také zjišťovali, zda se s probíhajícím stavem pojí nějaké specifické činnosti. Od 20 respondentů jsme získali 24 odpovědí, které jsme následně hodnotili za pomoci námi stanovených dvou hodnotících kategorií. Hodnotící kategorie jsme stanovili následovně: ano, objevuje se, a ne, neobjevuje. První kategorie byla pro naše účely rozdělena na 6 podkategorií: odpočinek, bolest, nic se neděje, spánek, cigareta a pocit úlevy.

20 odpovědí od celkem 16 respondentů bylo získáno v rámci první hodnotící kategorie, což představuje četností 83,33 %. Ve 12 případech jsme získali odpověď odpočinek. Po 2 odpovědích jsme získali u podkategorií bolest, nic se neděje a spánek. Po 1 odpovědi bylo respondenty uvedeno u podkategorií cigareta a pocit úlevy.

4 respondenti (16,67 %) se vyjádřili negativně v případě druhé hodnotící kategorie, Nic (tabulka č. 48).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
-----------	--	-------	-----------	-------------------

1.		20	83,33	20
1	1	12		12
1	2	2		2
1	3	2		2
1	4	2		2
1	5	1		1
1	6	1		1
2.		4	16,67	4
Celkový počet odpovědí		24	100	24
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Ano, objevuje se
  - 1.1. Odpočinek
  - 1.2. Bolest
  - 1.3. Nic se neděje
  - 1.4. Spánek
  - 1.5. Cigareta
  - 1.6. Pocit úlevy
2. Ne, neobjevuje se

Tabulka č. 48 Specifická činnost probíhající v rámci stavů spojených s užíváním předepisovaných analgetik alespoň v jedné z kombinací

V návaznosti na předešlé dotazy jsme u respondentů zjišťovali, jak tento stav u nich končí. Od 20 respondentů jsme získali 24 odpovědí, pro které jsme následně stanovili dvě hodnotící kategorie. Hodnotící kategorie byly námi stanoveny následovně: ano, objevují se stavy, a ne, neužívám, tudíž se nějaké stavy vůbec neobjevují. První kategorie byla pro účely bližšího poznání rozdělena na 3 podkategorie: uklidnění, opětovné bolesti a nic zvláštního.

20 odpovědí od celkem 16 respondentů bylo získáno v rámci první hodnotící kategorie, což představuje četností 83,33 %. V 8 odpovědích od respondentů byla uvedena podkategorie uklidnění. V 12 případech jsme získali od respondentů odpověď opětovné bolesti v 1 případě jsme získali odpověď v podkategorii nic zvláštního.

4 respondenti (16,67 %) se vyjádřili negativně v případě druhé hodnotící kategorie, Nic (tabulka č. 49).

Kategorie	Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.	20	83,33	20

1	1	8		8
1	2	11		11
1	3	1		1
2.		4	16,67	4
Celkový počet odpovědí		24	100	24
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Ano, objevují se stavy
  - 1.1. Uklidnění
  - 1.2. Opětovné bolesti
  - 1.3. Nic zvláštního
2. Ne, neužívám, tudíž se nějaké stavy vůbec neobjevují

Tabulka č. 49 Stavby po skončení užití opioidních analgetik na lékařský předpis s jednou z kombinací s návykovou látkou

Respondentů jsme se také ptali, jak jejich okolí vnímá to, že užívají opioidní analgetika samotná anebo v kombinaci s alkoholem, tabákovými výrobky nebo volně prodejnými léky. Tuto otázku zodpovědělo všech 20 respondentů, jejichž odpovědi jsme hodnotili pomocí tří hodnotících kategorií. Hodnotící kategorie byly námi stanoveny následovně: nijak, objevují se problémy se vztahy.

17 respondentů uvedlo odpověď patřící do první kategorie, což představovalo četnost 85 % všech získaných odpovědí.

U 3 respondentů, četnost 15 %, bylo uvedeno jako odpověď, že se objevují problémy se vztahy (tabulka č. 50).

Kategorie	Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.	17	85	17
2.	3	15	3
Celkový počet odpovědí	20	100	20
Celkový počet respondentů	20		

**Legenda:**

1. Nijak
2. Objevují se problémy se vztahy

Tabulka č. 50 Pohled okolí na užívání opioidních analgetik na lékařský předpis samotných nebo v kombinaci s alkoholem/tabákovými výrobky/volně prodejnými léky u respondentů

Zároveň s předešlou otázkou jsme se respondentů dotazovali, zda se poslední dobu u nich neobjevují problémy spojené s užíváním alkoholu/tabákových výrobků/volně prodejných léků v kombinaci s předepsanými léky v souvislosti s vykonáváním každodenních činností. Od 20 respondentů studie jsme získali celkem 26 odpovědí, které jsme následně hodnotili pomocí dvou hodnotících kategorií. Hodnotící kategorie byly námi stanoveny následovně: Ano, objevují se problémy spojené, a Ne. Pro obě hodnotící kategorie jsme stanovili podkategorie. Pro první kategorii, Ano, objevují se problémy spojené, jsme stanovili následujících 5 podkategorií: vzteklost, unavenost, frustrace, bolest a malátnost. U druhé hodnotící kategorie byly stanoveny 3 podkategorie: neobjevují se, nemám pocit a spíše mi pomáhají.

Pro první hodnotící kategorie bylo získáno 10 odpovědí, což představuje četností 38,46 %. Po 2 odpovědích jsme získali v podkategoriích problémy spojené se vzteklostí a frustrací. 4 respondenti uvedli jako odpověď podkategorii unavenost. Po 1 respondentovi byly zodpovězeny podkategorie problémy spojené s bolestí a problémy spojené s malátností.

U druhé hodnotící kategorie jsme od 10 respondentů získali 16 odpovědí (61,54 %), které byly rozděleny do námi stanovených podkategorií následovně. 7 odpovědí bylo sebráno pro podkategorii problémy se neobjevují. U podkategorie nemám pocit jsme získali odpověď 4 respondentů. V rámci poslední podkategorie spíše mi pomáhají byly sebrány celkem 4 odpovědi (tabulka č. 51).

Kategorie		Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.		10	38,46	10
1	1	2		2
1	2	4		4
1	3	2		2
1	4	1		1
1	5	1		1
2.		16	61,54	16
2	1	7		7
2	2	5		5
2	3	4		4
Celkový počet odpovědí		26	100	26
Celkový počet respondentů		20		

**Legenda:**

1. Ano, objevují se problémy spojené s
  - 1.1. vzteklostí
  - 1.2. unaveností
  - 1.3. frustrací
  - 1.4. bolestí
  - 1.5. malátností
2. Ne
  - 2.1. Neobjevují se
  - 2.2. Nemám pocit
  - 2.3. Spíše mi pomáhají

Tabulka č. 51 Výskyt problémů u respondentů spojený s užíváním alkoholu/tabáku/volně prodejných léků v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis

Poslední otázkou polostrukturovaného interview s respondenty byl dotaz zaměřený na zvládání ostatních činností ve spojitosti s užíváním opioidních analgetik na lékařský předpis. V rámci této otázky jsme získali odpověď od všech 20 respondentů. Získané odpovědi jsme hodnotili za pomoci námi stanovených čtyř hodnotících kategorií. Hodnotící kategorie byly námi stanoveny následovně: nemám problémy, normálně, nevím, asi jak kdy, a mám problémy.

V první hodnotící kategorii Nemám problémy jsme získali odpověď pouze od 1 respondenta studie, což představuje četnost 5 %.

Na druhou hodnotící kategorii Normálně odpovědělo 5 respondentů (25 % četnost).

Třetí hodnotící kategorii Nevím, asi jak kdy zodpověděli 2 respondenti (10 %).

Nejvyšší počet respondentů odpovíдалo v rámci čtvrté hodnotící kategorie Mám problémy. Získali jsme odpovědi od 12 respondentů, což představovalo četnost 60 % všech získaných odpovědí (tabulka č. 52).

Kategorie	Počet	Četnost %	Počet respondentů
1.	1	5	1
2.	5	25	5
3.	2	10	2
4.	12	60	12
Celkový počet odpovědí	20	100	20
Celkový počet respondentů	20		

**Legenda:**

1. Nemám problémy
2. Normálně
3. Nevím, asi jak kdy
4. Mám problémy

Tabulka č. 52 Zvládání ostatních činností u respondentů v souvislosti s užíváním opioidních analgetik na lékařský předpis

## 4.2 Četnost pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky

V rámci spolupráce s MUDr. Jiřím Kozákem jsme připravili kvantitativní dotazník<sup>1</sup>, který byl určen pro odbornou veřejnost, algeziologickou obci České lékařské společnosti J. E. Purkyně, s účelem zjištění počtu pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky za období posledního roku.

Výsledky získané na základě tohoto dotazníku jsou po jejich sebrání nedostačující. Vzhledem k tomu, že z celkem 87 oslovených Center a Ambulancí pro léčbu bolestí vyskytujících se na území České republiky jsme odpovědi obdrželi pouze z 10 zdravotnických zařízení, jsou sebraná data a údaje nepoužitelné z důvodů nízké odpovědní hodnoty subjektů, které se daného šetření zúčastnili.

V rámci tohoto zjištění jsme museli upustit od použití získaných výsledků za účelem zjištění celkového počtu pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky.

## 4.3 Studie kohort

Studie kohort představovala kvantitativní substudii prováděnou v rámci jednoho ze zařízení pro léčbu chronických bolestivých stavů, Centrum pro léčbu a výzkum bolestivých stavů FN Motol, za účelem porovnání získaných výsledků s výstupy, které jsme sebrali v rámci polostrukturovaného hloubkového rozhovoru. Tuto kvantitativní substudii prováděnou pomocí dotazníkového nástroje jsme provedli na výzkumném vzorku složeném z pacientů s diagnózou chronické bolesti ve věkové kohortě 50 – 64 let u 21 respondentů.

Dotazník použitý pro sběr dat u studie kohort byl rozdělen na dvě samostatné části, socio – demografickou a výzkumnou část, které jsme vyhodnocovali samostatně. V rámci obou částí jsme sledovali velkou škálu aspektů a faktorů, z nichž jsme se rozhodli pouze ty nejdůležitější uvést v rámci této kapitoly a podkapitoly Studie kohort.

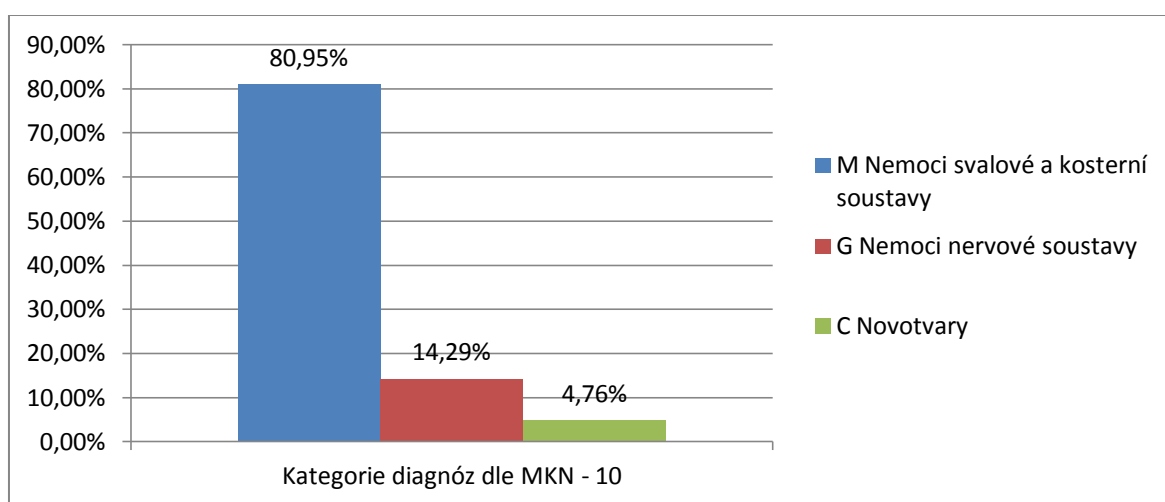
---

<sup>1</sup> <https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dF9leDVDWVFtaGdtd1NfN2NxNHlwLUE6MQ>

### 4.3.1 Socio – demografická část

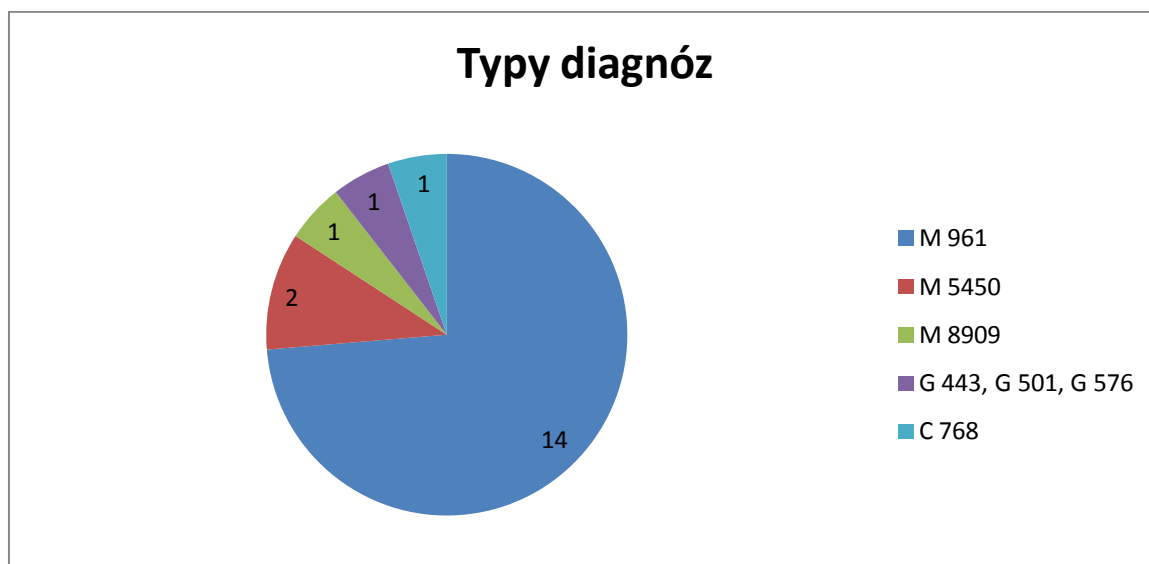
Stejně jako u hlavní studie, která byla vedena formou polostrukturovaných hloubkových rozhovorů, jsme v rámci studie kohort sledovali u výzkumného vzorku (pacienti s diagnózou bolesti ve věkové kohortě 50 – 64 let) diagnózy, jež se staly indikací pro jejich pravidelné docházení do zdravotnických zařízení pro léčbu chronické bolesti a bolestivých stavů.

Podařilo se nám získat diagnózu u všech 21 respondentů, kteří byli zapojeni do studie. U jednotlivých respondentů jsme zjišťovali do jaké kategorie podle MKN – 10 jednotlivé diagnózy patří (graf č. 15).



Graf č. 15 Kategorizace zjištěných diagnóz na základě MKN – 10

U respondentů s diagnózou chronické bolesti v námi sledované věkové kohortě 50 – 64 let jsme se také explicitně zajímali, jaké diagnózy byly u respondentů studie stanoveny a do jaké kategorie podle MKN – 10 byly zařazeny (graf č. 16).

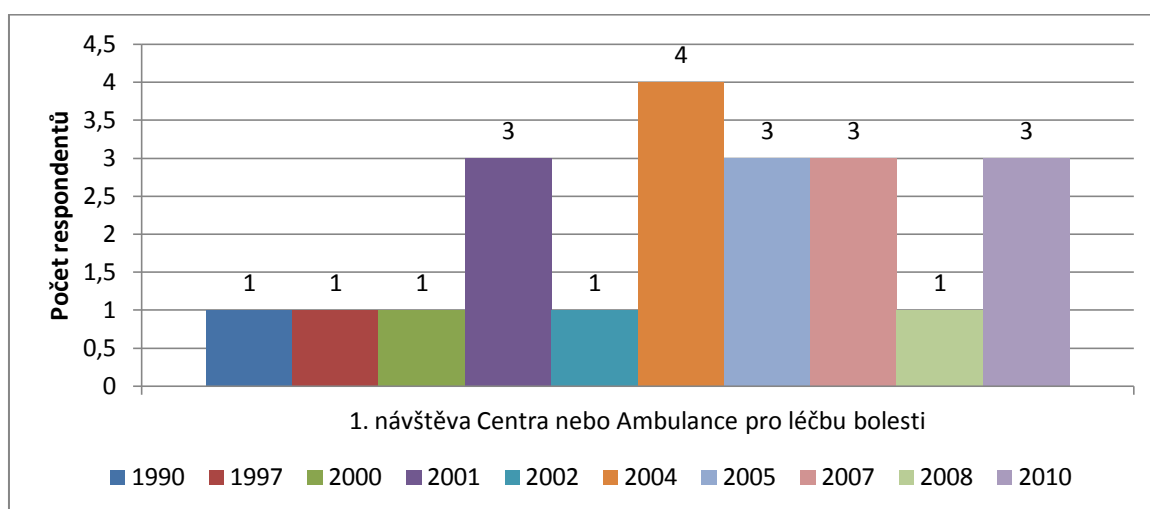




Graf č. 16 Počet jednotlivých diagnóz stanovených u pacientů trpících chronickou bolestí na základě kategorií MKN – 10

V souvislosti se zjišťovanými diagnózami v rámci studie jsme se zabývali faktory, které úzce souvisí se stanovenými diagnózami u respondentů této vedlejší studie. Jednalo se o faktory, které se zabývaly délkou léčby chronické bolesti a s tím spojenou 1. návštěvou Centra nebo Ambulance pro léčbu bolesti u jednotlivých respondentů.

Jako první faktor z výše uvedených faktorů jsme sledovali v sebraných datech 1. návštěvu Centra nebo Ambulance pro léčbu bolesti u respondentů. Specificky jsme se dotazovali, v jakém roce proběhla u respondentů první indikace k návštěvě zdravotnického zařízení specializujícího se na léčbu bolestivých stavů (graf č. 17).



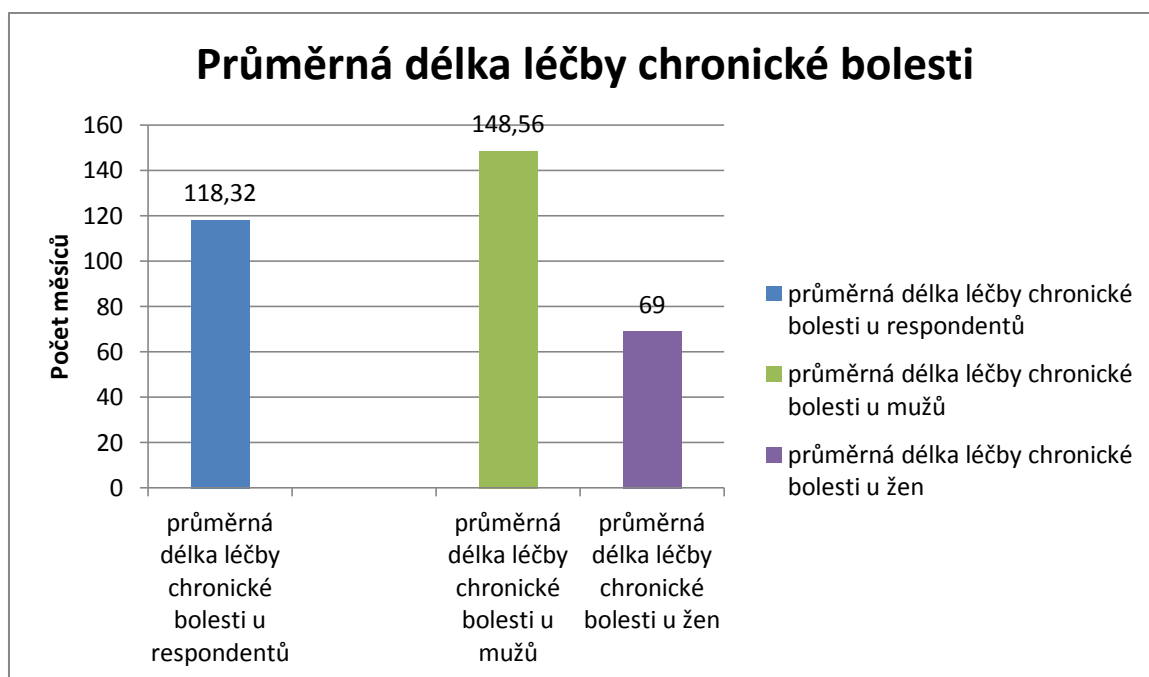
Graf č. 17 Rok 1. návštěvy Centra nebo Ambulance pro léčbu bolesti u respondentů studie

Dalším sledovaným faktorem byla délka léčby chronické bolesti u respondentů studie kohort. Délku léčby bolestivých stavů jsme sledovali v rozmezí měsíců. Získaná data byla zanesena do tabulky četností (tabulka č. 53).

Počet měsíců	24	48	60	84	96	132	144	180	264	276	312
Počet respondentů	2	1	3	3	4	3	1	1	1	1	1

Tabulka č. 53 Délka léčby chronické bolesti u respondentů studie

Průměrná délka léčby chronické bolesti u výzkumného vzorku, který je složen z celkem 21 respondentů, představuje doba dlouhá 118,32 měsíce. Pro respondenty mužského pohlaví je průměrná délka léčby bolestivých stavů stanovena na 148,56 měsíců. Pro respondenty ženského pohlaví byla na základě sebraných dat v rámci studie délka léčby bolestivých stavů určena na 69 měsíců (graf č. 18).



Graf č. 18 Průměrná délka léčby bolestivých stavů u respondentů studie

V rámci výzkumného vzorku respondentů, který byl v rozsahu 21 osob, jsme následně zjišťovali pohlaví jednotlivých respondentů, jež odpovídalo jejich jednotlivému zastoupení v této dotazníkové studii (tabulka č. 54).

Pohlaví	Muž	Žena
Počet respondentů	13	8

Tabulka č. 54 Zastoupení jednotlivých pohlaví ve věkové kohortě 50 – 64 let

Na základě sebraných dat v rámci studie kohort jsme se dále zabývali zastoupením jednotlivých respondentů ve věkové kohortě 50 – 64 let do předem stanovených věkových subkohort (50 – 54 let, 55 – 59 let a 60 – 64 let) (tabulka č. 55).

Věková kohorta	50 – 54 let	55 – 59 let	60 – 64 let
Počet respondentů	7	7	7

Tabulka č. 55 Věkové rozdělení respondentů v jednotlivých subkohortách

V rámci věkové subkohorty 50 – 54 let bylo na základě sebraných dat zastoupeno 5 mužů a 2 ženy, ve věkové subkohortě 55 – 59 let se nachází 3 muži a 4 ženy. V posledním námi stanovené věkové subkohortě 60 – 64 let se nachází 5 mužů a 2 ženy.

Otázku ze socio-demografické části rozhovoru, která měla z demografického hlediska spojitost s nejvyšším dosaženým vzděláním u respondentů zapojených do studie, jsme graficky znázornili jako tabulku četnosti odpovídající nejvyššímu dosaženému vzdělání. Ve výzkumném vzorku bylo obsaženo 21 respondentů (tabulka č. 56).

Vzdělání	ZŠ	SŠ bez maturity	SŠ s maturitou	VŠ
Počet respondentů	1	15	4	1

Tabulka č. 56 Nejvyšší dosažené vzdělání u respondentů studie

Poslední otázku socio-demografické části rozhovoru představoval dotaz týkající se ekonomické aktivity respondentů v posledním měsíci. V této otázce bylo dosaženo vyššího množství odpovědí, než bylo respondentů, neboť u každého z respondentů mohla existovat kombinace více faktorů dohromady (tabulka č. 57).

Ekonomická aktivita v posledním měsíci	Počet respondentů
Stálé zaměstnání	1
Příležitostná práce	0
Nezaměstnaný s podporou v nezaměstnanosti	0
Nezaměstnaný (nevidován)	0
Důchody, dávky, sociální zabezpečení	20
Práce na černo	0
Žena/muž v domácnosti	0

Tabulka č. 57 Ekonomická aktivita u respondentů v posledním měsíci

#### 4.3.2 Výzkumná část dotazníku

V rámci výzkumné části studie kohort jsme sledovali faktory, které byly spojené s psychickým a fyzickým stavem respondentů. Na základě sebraných dat získaných od respondentů studie kohort jsme hodnotili nejen psychický a fyzický stav respondentů, ale také faktory, které stav jednotlivých respondentů ovlivňovaly a ovlivňují. Zároveň jsme z této studie získali data, jež poukazovali na to, jak jakékoli zhoršení ať už fyzického, tak psychického charakteru, zvládali nebo se pokoušeli řešit.

Respondentům jsme jako první dotaz položili otázku zabývající se fyzickým stavem respondentů v posledním měsíci. Na danou otázku jsme dostali odpověď od všech 21 respondentů. Jednotlivé odpovědi jsme shrnuli do tabulky četností (tabulka č. 58).

Stav	Velmi dobře	uspokojivě	nevím	neuspokojivě	Velmi špatně
Počet respondentů	1	7	1	7	5

Tabulka č. 58 Fyzický stav u respondentů studie v posledním měsíci

Druhá otázka, kterou jsme položili respondentům, byla zaměřena na získání informací o psychickém stavu respondenta za poslední měsíc. Tuto otázku jsme pokládali všem 21 respondentům zapojených do studie. Získané odpovědi od respondentů byly shrnuty do tabulky četností (tabulka č. 59).

Stav	Velmi dobře	uspokojivě	nevím	neuspokojivě	Velmi špatně
Počet respondentů	1	9	0	8	3

Tabulka č. 59 Psychický stav u respondentů studie v posledním měsíci

V návaznosti na tyto dvě otázky jsme se respondentů dotazovali, jak je vzhledem k jejich současné situaci fyzického a psychického stavu ovlivněna spánková činnost respondentů (příloha č. 10). Pokládali jsme otázky převzaté ze standardizovaného dotazníku, kde jednotlivé odpovědi byly hodnoceny na základě již stanovených hodnotících hledisek (zelená – optimální stav, oranžová – neutrální stav, červená – rizikový faktor). Následně jsme všechny otázky převzaté z tohoto dotazníku vyhodnotili pro všechny respondenty samostatně a získané výsledky jsme shrnuli do tabulky četností (tabulka č. 60).

Celkový skór	Závažnost ohrožení spánku	Počet respondentů
Maximálně 1 červená	Nízké riziko špatného spánku	0
Maximálně 2 červené	Střední riziko špatného spánku	8
3 - 4 červené	Vysoké riziko špatného spánku	13

Tabulka č. 60 Vyhodnocení otázek týkajících se kvality spánku u respondentů studie

Vzhledem k získaným výsledkům jsme následně mohli konstatovat, že na základě diagnóz spojených s bolestivými stavy a chronickou bolestí jednoznačně dochází u respondentů k ovlivnění jejich spánkové činnosti. Jednotlivá řešení této situace se u respondentů liší v závislosti na přístupu k předepisovaným lékům, volně dostupným lékům a legálním návykovým látkám alkoholového i nealkoholového charakteru.

Respondenti nejčastěji v rámci jednotlivých otázek uváděli tyto odpovědi: 12 respondentů uvedlo, že současná kvalita jejich spánku za poslední měsíc se jeví jako špatná. Dále 8 respondentů uvedlo, že špatná kvalita spánku ovlivnila jejich klid, vyvolává u nich nervozitu a netrpělivost, a 7 respondentů uvedlo jako důsledky špatné kvality spánku zhoršení nálady a omrzení toho, co je bavilo. 20 respondentů uvedlo, že u nich při usnutí existuje prolongace a doba usnutí nastává až po době delší 15 minut. Stav unavenosti po probuzení uvedl počet 11 respondentů.

V další části dotazníku jsme se respondentů ptali na psychické stavy, které doprovázejí projevy jejich chronické bolesti. Tyto stavy jsme zkoumali pomocí otázek převzatých z Beckova inventáře úzkosti (příloha č. 11). Následně jsme všechny odpovědi takto získané

od všech respondentů vyhodnotili a uvedli do jednotné tabulky. Pro naše účely jsme přizpůsobili celkový hodnotící skóre tak, jak je uvedeno v tabulce (tabulka č. 61).

<b>Celkový skóre</b>	<b>Závažnost onemocnění</b>	<b>Počet respondentů</b>
<b>Méně než 8</b>	Mírné projevy úzkosti	0
<b>9 – 14</b>	Střední závažnost úzkostí	13
<b>15 a více</b>	Vysoká závažnost úzkostí	8

Tabulka č. 61 Vyhodnocení otázek z Beckova inventáře úzkostí u respondentů studie

U celkem 13 respondentů bylo zjištěno, že u nich hrozí střední závažnost úzkosti, a 8 respondentů na základě zjištěného skóre uvedlo, že jejich úzkosti nabývají vysoké závažnosti.

V návaznosti na předešlé otázky z Beckova inventáře úzkostí jsme se dotazovali, jaká je příčina těchto stavů. Od 21 respondentů jsme získali 22 odpovědí. Všechny 21 respondentů uvedlo, že hlavní příčinou stavů úzkosti je pro respondenty bolest a 1 respondent odpověděl kromě bolesti ještě jako důvod stres.

Zároveň jsme se respondentů dotazovali, který stav nebo stavy zjišťované a hodnocené v rámci Beckova inventáře úzkosti se u respondentů objevily již dříve. U respondentů se v odpovědích objevily všechny dotazované stavy, ale nejčastěji byly respondenty uvedeny tyto stavy: neschopnost odpočinku uvedlo 12 respondentů, neklid zmínilo 11 respondentů a stav nervozity bylo uvedeno 5 respondenty.

Další oblast otázek jsme se rozhodli zaměřit na to, jak jednotliví respondenti řešili výše uvedené nepříjemné stavy spojené s nekvalitním spánkem a úzkostmi. Specificky jsme se dotazovali, zda k řešení těchto stavů využili alespoň jeden z těchto způsobů – alkohol, tabák/tabákové výrobky nebo léky (ať už volně prodejné léky, tak opioidní analgetika na lékařský předpis). Získané výsledky jsme shrnuli do následující tabulky (tabulka č. 62).

<b>Využití způsobu kompenzace</b>	<b>Počet respondentů</b>		<b>Způsob kompenzace</b>	<b>Počet respondentů</b>
<b>Ano</b>	20		<b>Alkohol</b>	8
<b>Ne</b>	1		<b>Tabák</b>	8
			<b>Léky</b>	16

Tabulka č. 62 Využití způsobu kompenzace a počet respondentů využívající jednotlivé způsoby kompenzace

Jako první způsob kompenzace jsme zvolili alkohol, jehož užívání v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis, jsme zkoumali za pomoci otázek převzatých z diagnostického

nástroje AUDIT (příloha č. 8). Dané otázky jsme jednotlivě vyhodnotili pro všechny respondenty a následně opětovně shrnuli do tabulky, která vypovídala o míře užívání alkoholu v rámci celého výzkumného vzorku. Pro účely hodnocení převzatých otázek jsme upravili celkový skór (0 – 3 nízká úroveň problémů s alkoholem, 4 – 6 střední úroveň problémů s alkoholem, 7 a více představují vysokou úroveň problémů s alkoholem) (tabulka č. 63).

8 respondentů z výzkumného vzorku o celkovém počtu 21 respondentů uvedlo, že užívají alkohol v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis. Všech těchto 8 respondentů se na základě množství konzumovaného alkoholu a získaného celkového skóru zařadilo do střední úrovně problémů s alkoholem.

<b>Celkový skór</b>	<b>Závažnost onemocnění</b>	<b>Počet respondentů</b>
<b>0 – 3</b>	Nízká úroveň problémů s alkoholem	13
<b>4 – 6</b>	Střední úroveň problémů s alkoholem	8
<b>7 a více</b>	Vysoká úroveň problémů s alkoholem	0

Tabulka č. 63 Vyhodnocení otázek převzatých z diagnostického nástroje AUDITu respondentů studie

Nejvíce respondenti (N=6) užívali alkohol v množství 1 až 2 sklenic ve frekvenci odehrávající se alespoň jednou za měsíc nebo i častěji. Frekvence dvakrát až třikrát týdně byla uvedena respondenty ve dvou případech.

Druhý způsob kompenzace představovali tabákové výrobky (tabák ve formě cigaret), jejichž užívání v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis byly zkoumané za pomoci vybraných otázek z diagnostického nástroje určeného pro účely krátké intervence, Fagerströmov test nikotinové závislosti (příloha č. 9). Celkové hodnocení bylo provedeno na základě skóru získaného v jednotlivých otázkách.

Pro každého z respondentů proběhlo dané vyhodnocení a následně bylo shrnuto do jedné tabulky (tabulka č. 64). Z 21 respondentů 8 uvedlo, že u nich dochází na pravidelné bázi ke kombinaci tabáku ve formě cigaret s opioidními analgetiky na lékařský předpis. Na základě hodnot celkového skóru jsme stanovili, že 3 respondenti mají velmi nízkou závislost na nikotinu, u 4 respondentů se vyskytuje nízká závislost na nikotinu a pouze u 1 respondenta byla pomocí tohoto diagnostického nástroje určena vysoká závislost na nikotinu. Zbýlých 13 respondentů uvedlo, že v současné době tabák nekombinují s opioidními analgetiky na lékařský předpis, z čehož 9 respondentů byli bývalí kuřáci a 4 nekuřáci.

<b>Celkový skór</b>	<b>Závažnost stavu</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Rozdělení respondentů</b>
---------------------	------------------------	--------------------------	------------------------------

			kuřák	Bývalý kuřák	nekuřák
<b>0 – 2</b>	Velmi nízká nebo žádná závislost	13	3	9	4
<b>3 – 4</b>	Nízká závislost	4			
<b>5</b>	Střední závislost	0			
<b>6 – 7</b>	Vysoká závislost	1			
<b>8 - 10</b>	Velmi vysoká závislost	0			

Tabulka č. 64 Vyhodnocení otázek z Fagerströмова testu nikotinové závislosti u respondentů studie

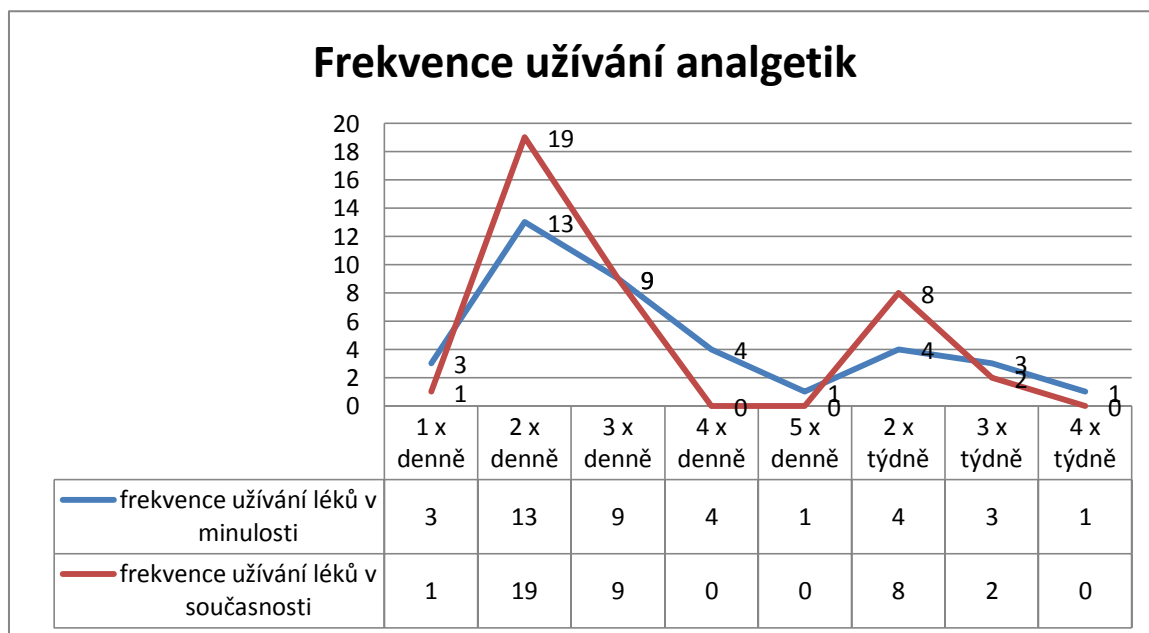
Třetí a poslední kompenzační mechanismus těchto nepříjemných stavů, které se vyskytují u respondentů studie, představují léky. Ať už se jednalo o léky na lékařský předpis nebo o léky z volného prodeje. V obou případech se jednalo o skupinu léků řadící se pod název analgetika. Respondentů v rámci studie jsme se ptali, zda jak v minulosti, tak v současné době užívali nebo užívají opioidní analgetika na lékařský předpis. Všech 21 respondentů uvedlo kladnou odpověď na oba tyto dotazy. V případě 4 respondentů došlo z jejich strany k uvedení ještě analgetických léků ve volném prodeji v případě dotazu na užívání léků v minulosti. V rámci dotazu, který se týkal užívání předepisovaných opioidních analgetik v současné době, pouze 1 respondent uvedl mimo předepsaných medikamentů také analgetika schválená pro volný prodej. Získaná data jsme shrnuli do tabulky (tabulka č. 65).

Analgetika užívána respondentem v minulosti			Analgetika užívána respondentem v současnosti		
Lék	Typ analgetika	Počet respondentů	lék	Typ analgetika	Počet respondentů
Gabapentin	I. stupně	1	Gabapentin	I. stupně	2
Gabanox	I. stupně	1	Gabanox	I. stupně	1
			Gabator	I. stupně	1
Lyrica	I. stupně	3	Lyrica	I. stupně	3
Surgam	I. stupně	1	Surgam	I. stupně	1
			DHC	II. stupně	3
Noax	II. stupně	1	Noax	II. stupně	1
Lunaldin	II. stupně	1			
Tramal	II. stupně	7	Tramal	II. stupně	6

			Dolocodon	III. stupně	1
Durogesic	III. stupně	2	Durogesic	III. stupně	1
Fentanyl	III. stupně	4	Fentanyl	III. stupně	6
Oxycontin	III. stupně	4	Oxycontin	III. stupně	6
Palladone	III. stupně	1	Palladone	III. stupně	2
Sevredol	III. stupně	1	Sevredol	III. stupně	1
Transec	III. stupně	1	Transec	III. stupně	1
Vendal	III. stupně	2	Vendal	III. stupně	2
Volně prodejné léky	OTC	4	Volně prodejné léky	OTC	1

Tabulka č. 65 Léky obsahující analgetickou složku užívané respondenty v minulosti a v současné době

Dále jsme se respondentů dotazovali, v jaké frekvenci užívali výše uvedené léky v minulosti a jak se jejich užívání liší v současnosti. Zda došlo k nějaké dramatické změně v oblasti frekvence užívání opioidních analgetik na lékařský předpis (graf č. 19).



Graf č. 19 Srovnání u frekvence užívání analgetik respondenty v minulosti a v současné době

Na základě sebraných dat jsme dospěli k závěru, že u respondentů v průběhu času došlo ke zvýšení frekvence užívání analgetik 2 x denně ze 13 respondentů na 19 respondentů, došlo i ke zvýšení frekvence v případě 2 x týdně ze 4 respondentů na 8 respondentů. Zcela došlo



k vymizení užívání analgetik 4 x denně, 5 x denně a 4 x týdně u respondentů studie v současné době.

V návaznosti na otázky týkající se analgetik, ať už volně prodejných analgetik, tak opioidních analgetik na lékařský předpis, jsme se respondentů specificky dotazovali, zda u nich došlo k užití extra dávky léků proti bolesti (specificky léků, které užívají na základě lékařského předpisu) za účelem řešení problémů spojených s výskytem bolesti a dlouhodobých bolestivých stavů v posledním měsíci. Z celkového počtu 21 respondentů ve výzkumném vzorku jsme od 16 respondentů získali kladnou odpověď (tabulka č. 66).

<b>Extra dávka léků v posledním měsíci</b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<b>Počet respondentů</b>	16	5

Tabulka č. 66 Užití extra dávky léků respondenty z důvodu bolestivých stavů a problémů s tím spojených v posledním měsíci

Nejčastěji uváděnými důvody, které respondenty vedli k užití extra dávky opioidních analgetik na lékařský předpis, byly následující. Jednalo se o nespavost, úzkost, nadměrná bolestivost a stres.

Specificky jsme se na výše uvedené stavy dotazovali v rámci otázky zabývajících se užitím kvůli nespavosti nebo stavům spojených s výskytem úzkostí u respondentů studie. 11 respondentů z výzkumného vzorku o počtu 21 respondentů uvedlo, že pro tyto důvody užíli extra dávku opioidních analgetik na lékařský předpis (tabulka č. 67).

<b>Užití z důvodů nespavosti nebo stavů úzkosti</b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<b>Počet respondentů</b>	11	10

Tabulka č. 67 Užití extra dávky opioidních analgetik na lékařský předpis respondenty z důvodu výskytu nespavosti a stavů spojených s úzkostí

V souvislosti s výše uvedenými výsledky jsme přistoupili ke stanovení korelačních koeficientů a p-hodnot korelačních koeficientů pro námi zvolené předem zvolené proměnné. Jako první jsme sledovali závislost mezi užitím extra dávky léku v případě nadměrné bolesti a pohlavím respondenta. Korelační koeficient pro užití extra dávky léků v případě nadměrné bolesti v závislosti na pohlaví respondenta je Spearman  $R = 0,53$ . P – hodnota korelačního koeficientu  $p = 0,01$ .

	<b>Užití extra dávky v případě nadměrné bolesti</b>	
	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>

<b>Pohlaví</b>	<b>Muž</b>	11	2
	<b>Žena</b>	5	3

Tabulka č. 68 Závislost mezi užitím extra dávky léků v případě nadměrné bolesti a pohlavím u respondentů

Dále jsme sledovali, zda lze najít lineární závislost mezi volbou jednoho z mechanismů kompenzace a věkem, pohlavím nebo diagnózou respondenta.

Po stanovení korelačních koeficientů pro tyto tři specifické proměnné hodnoty jsme mohli jednoznačně stanovit, že žádná závislost mezi výběrem kompenzačního mechanismu a věkem jednotlivých respondentů není možno stanovit vzhledem k tomu, korelační koeficient Spearman  $R = 0,486$  a následně  $p$  – hodnota korelačního koeficientu,  $p = 0,025$ . Ale oproti tomu se nám podařilo stanovit závislost mezi vybíraným kompenzačním mechanismem a pohlavím a diagnózou respondenta. Korelační koeficient Spearman  $R = 0,666$  v případě závislosti mezi vybíraným kompenzačním mechanismem a pohlavím a korelační koeficient Spearman  $R = 0,671$  pro zjišťování závislosti mezi vybíraným kompenzačním mechanismem a diagnózou respondenta.

Závislost pro obě tyto hodnoty, pohlaví a diagnózu, byla stanovena jako signifikantní vzhledem k hodnotě  $p$  korelačního koeficientu  $p < 0,001$  (tabulka č. 69 a 70).

		<b>Jednalo se o jeden ze způsobů</b>	
		<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<b>Věk</b>	<b>50 – 54 let</b>	7	0
	<b>55 – 59 let</b>	6	1
	<b>60 – 64 let</b>	7	0

Tabulka č. 69 Závislost mezi výběrem jednoho z kompenzačního mechanismu a věkem u respondentů studie

$P$  – hodnota korelačního koeficientu je  $p < 0,001$ .

		<b>Jednalo se o jeden ze způsobů</b>	
		<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
<b>Diagnóza</b>	<b>Kategorie M</b>	14	3
	<b>Kategorie G</b>	3	0
	<b>Kategorie C</b>	1	0

Tabulka č. 70 Závislost mezi výběrem jednoho z kompenzačního mechanismu a diagnózou u respondentů studie

P – hodnota korelačního koeficientu je  $p < 0,001$ .

## 5. DISKUZE

### 5.1 Polostrukturované interview s pacienty s chronickou bolestí

Pro tuto část studie jsme získali a sesbírali data od celkem 20 respondentů, jež jsme rekrutovali z řad pacientů s diagnózou chronické bolesti ve věkové kohortě 50 – 64 let. Pacienti zapojení do studie pocházeli z Centra pro léčbu a výzkum bolestivých stavů FN Motol a Ambulance pro léčbu bolesti FN Olomouc. Na základě získaných výsledků, které jsme uvedli samostatně v kapitole 4.1, jsme dospěli k následujícím zjištěním.

V rámci této studie jsme se zabývali problematikou užívání opioidních analgetik na lékařský předpis a jejich kombinací s alkoholem nebo jinou návykovou látkou ve věkové kohortě 50 – 64 let u pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky vzhledem k tomu, že na základě faktů zjištěných z provedené rešerše do současné doby nedošlo k publikování nebo samotnému provedení takovéto studie.

První aspekt, který jsme sledovali, bylo na užívání opioidních analgetik na lékařský předpis bez jakékoli lékařské intervence. Vzhledem k tomu, že respondenti této studie užívají v převážné většině velmi silné léky, jako jsou Oxycontin, Sevredol, Transec a Palladone, jedná se o problém, který začíná být v posledních několika letech stále více aktuální. Na základě námi získaných dat můžeme konstatovat, že 45 % všech respondentů užilo alespoň jednou za období posledních šesti měsíců. Při bližším pohledu na tyto data je nutno uvést, že se u respondentů jednalo hlavně o užití dvou opioidních analgetik na lékařský předpis, oxycontinu řadícího se mezi analgetika III. stupně a tramalu, který patří do skupiny analgetik II. stupně. Obzvláště jedinečné místo v případě užívání opioidních analgetik na lékařský předpis pacienty s diagnózou chronické bolesti má tramal, neboť samotnými respondenty není často považován za opioidní analgetikum. U pacientů velice často dochází k užívání tramalu, specificky tramalu kapek na základě toho, že sami prohlašují, že tento lék užívají hlavně z důvodů silné a průlomové bolesti, přestože na základě informací od algeziologů se tramal jako takový na průlomovou bolest nepoužívá.

Pokud dochází k využití léků, které obsahují účinnou látku tramadol, k účelům léčby průlomové bolesti, jedná se vždy o předepisování léků tramadolového typu spolu v kombinaci s jinými léky, jež výše uvedenou účinnou látku zesilují ve svém účinku. Velice často se jedná o kombinaci tramalu nebo tramadolu s paracetamolem, jenž je dle klasifikace Světové zdravotnické organizace řazen do tzv. adjuvantních léčiv používaných v léčbě chronických bolestivých stavů.

Tramal většinou v době užívání jednotlivými respondenty není jejich ošetřujícími lékaři předepisován. Opakovaně je popisován vzorec užití ze strany respondentů, který vypovídá o tom, že pacienti buď bývali uživateli tohoto léku, anebo jsou ve výjimečných případech jeho současnými uživateli. Respondent vždy zahajuje popis tohoto jednání prohlášením o tom, že by nikdy nedošlo k užití opioidních analgetik na lékařský předpis z jejich strany bez předešlého doporučení od lékaře, přestože následně uvedou, že tento lék užívají v okamžiku, kdy ví, že to bude nutné, oni to přece poznají. Přesto vzápětí přiznávají, že v některých situacích bolest vlastně ani nepřijde. Z jejich strany se jedná přece o předcházení nepříjemným situacím. Pacientům dle jejich slov vždy tak nějak zbude doma a oni jej pak tak jaksi užívají. Velmi časté důvody pro užití tramalu udávané pacienty jsou spatřovány v jeho uklidňujících účincích a účincích, které pozitivním směrem ovlivňují problémy se spánkem a bolestmi samotnými. Dalším velmi užívaným lékem pro účely předejití nepříjemných stavů ze strany respondentů je oxycontin. V tomto settingu lze jednoznačně pozorovat existenci fenoménu spojeného s abúzem opioidních analgetik na lékařský předpis samotných.

Jako subaspekt jsme v rámci užívání opioidních analgetik na lékařský předpis bez lékařské intervence sledovali možnost užití této medikace ze strany rodiny nebo blízkých osob respondenta. Kdy jsme na výpovědi několika respondentů (kapitola 4.1.2 oddíl a)) doložili existenci tohoto jevu. Důležité je si položit otázku, zda tento jev není ze strany rodin pacientů s diagnózou chronické bolesti páčán ve větším množství.

Další respondenti uvedli, že přestože jejich léky jsou uskladněny nebo uzamčeny v prostorech mimo běžnou domácí lékárníčku, nemohou si zcela být jisti, zda někdo z rodiny neužívá jim předepisovaná opioidní analgetika. V rámci kontraktů, které jsou uzavírány mezi pacientem a Centrem nebo Ambulancí pro léčbu bolesti, existuje pojistka pro takovéto případy. V případě ztráty léků nebo receptu pacientem, jednotlivá Centra nebo Ambulance pracují s předpokladem, že pacient buď léky nebo recept prodal, nebo se snaží si vytvořit dostatečnou zásobu léků vzhledem k tomu, že je nadužívá nebo je užívá někdo jiný z rodiny. V tomto případě nedochází ze strany navštěvovaného zdravotnického zařízení k předepsání nového receptu pacientovi.

Další zkoumanou oblast představuje kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem. Na základě získaných odpovědí můžeme říci, že u respondentů této studie došlo v 60 % k alespoň jednomu užití množství alkoholu za poslední rok, které odpovídalo svými charakteristikami a projevy tzv. binge-drinking, což odpovídá datům uváděnými ve studii publikované Blazer & Wu (2009). Blazer & Wu uvádějí pro věkovou kohortu 50 – 64 let

hodnotu 56,6 %. Zároveň tímto dochází k potvrzení tvrzení uvedeného ve studii Brennan, Schutte a Moos (2005), že nejohroženější a nejvíce náchylnou skupinou k užití této návykové látky (alkoholu) jsou pacienti s diagnózou chronické bolesti ve věkové kohortě 50 – 64 let.

Jako jednu z otázek je nutné si položit, zda jediným důvodem k užití této kombinace je existence vysoké bolestivosti u pacientů s diagnózou chronické bolesti, jak ve své studii uvádí Brennan, Schutte a Moos (2005), nebo se k bolestivým stavům přidružují ještě jiné stavy pojící se s diskomfortem u respondentů studie. Prokázali jsme, že opravdu jedním z faktorů užití této kombinace je bolestivost, dalším faktorem tohoto užití je nutnost vyhledání klidu.

Dále je nutno si položit otázku, zda kombinace alkoholu s opioidními analgetiky na lékařský předpis je pro pacienty s chronickou bolestí vhodným řešením. Na základě provedených rozhovorů se nám podařilo získat následující tvrzení, která vypovídají o tom, že jednotlivé stavy spojené s kombinací opioidních analgetik na lékařský předpis se liší u jednotlivých respondentů studie. Ze strany respondentů je nutné věnovat pozornost tomu, jaký typ analgetik na lékařský předpis užívají a zda jim přinášejí nějaké výhody v případě řešení jejich nepříjemných stavů spojených s chronickou bolestí. Jednotlivé výpovědi poukazující na tyto stavy jsme uvedli v kapitole 4 v oddíle b).

Posledním aspektem, který je aktivně spojován s kombinací opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem, představuje zbytkový alkohol. Tuto oblast je nutno brát v potaz vzhledem k tomu, že v rámci zjišťování settingu užívání této kombinace jsme se dotazovali, k jakému chování se respondenti uchylují. Zda nejprve dochází k užití léků a následně pak alkoholu nebo je tomu naopak. Nebo zda nedochází přímo k užití alkoholu a léků dohromady.

Na základě sebraných dat můžeme říci, že ohroženost této specifické skupiny respondentů je vysoká vzhledem nejen k věku a diagnostikované diagnóze, ale také projevům chování, které se u nich vyskytuje. Chování u těchto respondentů se jeví jako vysoce riziko, neboť dochází u 16,13 % respondentů k užívání této kombinace bez ohledu na dobu užití léků, 16,13 % respondentů uvedlo, že k užití léků na předpis dochází až po užití alkoholu. Velmi problémovým rysem chování se jeví 54,83 % respondentů, kteří nejprve užijí léky a následně alkohol. U obou skupin dochází k tomu, že podceňují účinky vždy jedné z látek v rámci jejich doby působení na organismus. U první skupiny je podceňován alkohol. Respondenti uvádějí, že po užití alkoholu čekají v intervalu od jedné do tří hodin od užití alkoholu na možnost požití lék. V případě takového to vzorce užívání respondenti nereflektují, že by u nich mohl alkohol nějakým způsobem účinkovat a ovlivňovat organismus a jejich nervovou soustavu.

Ať už se jedná o léky samotné nebo alkohol. Respondenti zcela popírají jakoukoli existenci fenoménu známého jako zbytkový alkohol.

V rámci kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s tabákem/tabákovými výrobky jsme dospěli k výsledkům, jež poukazují na to, že existuje lineární závislost mezi začátkem užívání opioidních analgetik III. typu a přestáním aktivního užívání tabáku/tabákových výrobků. K této linearitě jsme dospěli na základě sebraných dat od 30 % respondentů, kteří sebe sami identifikovali v rámci polostrukturovaného rozhovoru jako kuřáky, přestože následně svou odpověď blížeji specifikovali slovy „*no, já jsem kouřil/a, až do kdy to šlo. Pak jsem musel/a na delší dobu do nemocnice a pan doktor/paní doktorka mi začali dávat ty silný léky, co Vás zcela oblbnou. No, a nějak mne ta chuť na cigáro přešla. Nějak úplně mi to přestalo chutnat.*“

40 % respondentů studie uvedlo, že v jejich případě se jedná o aktivní užívání tabáku/tabákových výrobků. Důvodem pokračování tohoto vzorce chování spatřují v tom, že jim tabák pomáhá jako kompenzace bolestivých stavů, které se u nich vyskytují s denní frekvencí přes užívání předepisovaných opioidních analgetik. Tyto respondenti užívají tabák/tabákové výrobky i přesto, že se řadí do skupiny uživatelů opioidních analgetik III. typu. Na základě těchto uvedených faktů dochází k potvrzení výsledků studie Shi, Hooten et al. (2010), která hovoří o tom, že nikotin působí na pacienty s chronickou bolestí analgeticky a kompenzuje tyto bolestivé stavy.

Zde bychom mohli zvažovat, zda opioidní analgetika na lékařský předpis nepůsobí na respondenty, kteří přestali s kouřením, stejným nebo alespoň obdobným způsobem jako Champix (lék používaný na léčbu nikotinové závislosti). Tudíž dochází k blokování neuronových receptorů, které uvolňují nikotin.

Dále jsme se respondentů dotazovali na existenci kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s nealkoholovými návykovými látkami ilegálního charakteru. V tomto bodě nám 100 % respondentů uvedlo, že se navzdory existenci velmi nepříjemných bolestivých stavů k této kombinaci v současné době nepřiklání a ani ji nevyužívají pro řešení jejich současné situace. Navzdory tomu výsledku se nám od 45 % respondentů podařilo pomocí návazných otázek v rámci polostrukturovaného rozhovoru získat odpovědi poukazující na to, že mají zájem o vyzkoušení ilegální návykové látky, marihuany, za účelem vyzkoušení účinků této látky na jejich bolestivé stavy. Lze jednoznačně konstatovat, že v průběhu času, jak se prováděli jednotlivé polostrukturované rozhovory s respondenty, docházelo u respondentů k vzestupu zájmu o užití nebo alespoň vyzkoušení marihuany. Zájem mezi respondenty o užití této látky

byl znát obzvláště v období srpna, kdy mezi respondenty studie a pacienty s diagnózou chronické bolesti již existovalo podvědomí o medializaci konopí pro léčebné účely. Lze předpokládat, že s postupem času a následným schválením návrhu na využití legálně získaného konopí pro léčebné účely Vládou ČR bude stoupat zájem o využití tohoto léčebného prostředku nejen mezi chronicky nemocnými pacienty s diagnózami neurologického charakteru nebo s diagnózami prokazující existenci vzniku novotvarů u jednotlivých pacientů (onemocnění rakovinového charakteru), ale také mezi pacienty, které se řadí do skupiny chronických pacientů s diagnózou bolestivých stavů (bolest spojená s jakoukoli diagnózou, u které dojde k projevům bolesti trvající déle než šest měsíců).

Posledním sledovaným aspektem této studie v případě látek vstupujících do možné kombinace s opioidními analgetiky jsou volně prodejné léky. Volně prodejné léky představují zvláštní skupinu látek, ke které se v rámci běžné společnosti při řešení bolestivých stavů přiklání vysoké procento populace. V případě respondentů se jednalo o kombinaci, která byla užívána 80 % respondentů odpovídajících v rámci prováděné studie. Pro respondenty se jedná o možnost úniku od bolestivých stavů dlouhotrvajícího charakteru. Nikdy se nejedná o úplné potlačení bolestivého stavu, pouze o jeho zmírnění.

Velice zajímavým fenoménem kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s volně dostupnými léky analgetického charakteru je fenomén předepisování analgetik nebo i jiných potřebných medikamentů volně dostupných v prodeji na lékařský předpis. Pro respondenty se jedná o „jakousi berličku“, neboť předpokládají, že vzhledem k této skutečnosti mohou tyto léky užívat bez jakýkoli následků, protože se přeci jedná o něco, co bylo panem doktorem nebo paní doktorkou povoleno. Na tento fakt se odvolává většina respondentů, přestože dochází ze strany respondentů k nadměrnému, někdy až ve vícenásobných dávkách, užívání těchto léků. Velice často se to týká léčivých přípravků jako paralen (lék sloužící jako doplňující přípravek pro kombinaci s účinnou látkou tramadolem), ibalgin a apo-ibuprofen, což jsou léky, které jsou normálně dostupné ve volném prodeji.

Přes existenci tohoto fenoménu můžeme velice zřetelně pozorovat, že u řady respondentů vzorec chování spojený s užíváním analgetik dostupných ve volném prodeji vychází primárně z jejich iniciativy a sami se rozhodují pro vyhledání ještě jiného způsobu zvládnutí bolestivých stavů respondenta. Primárně vyhledávají pomoci analgetik, které užívali na začátku výskytu bolestivých stavů před nasazením silnějších léčivých prostředků dostupných pouze na lékařský předpis. Následně tento vzorec chování postupuje dlouhodobým užíváním těchto medikamentů bez toho, aniž by došlo k zlepšení stavu pacienta. Následně se respondenti



dostávají do bludného kruhu a z volně dostupných analgetik přecházejí na nadužívání jim předepisovaných opioidních analgetik, což je vzorec chování, který jsme popsali již výše. Vždy dochází k tomuto přechodu ve chvíli, kdy se u respondentů objevuje pocit, že bolest, kterou cítí, již nic neuklidňuje a ani neeliminuje. V tomto okamžiku se respondenti uchylují k vyhledání některé ze silnějších látek za účelem zvládnutí bolestivých stavů.

Setting a vzorce chování, které se vyskytují u jednotlivých respondentů studie a pojí se se sledovanými kombinacemi opioidních analgetik na lékařský předpis, se odvíjí od preference způsobu kompenzace vyskytujících se bolestivých stavů jednotlivými respondenty. Zároveň záleží také na tom, v jakém časovém úseku se respondent uchyluje k užití jim předepsané medikace. Vzhledem k tomuto aspektu můžeme vypořádat, o jakou látku volenou ze strany respondenta se jedná.

Pokud se ve vzorci chování objevuje užívání alkoholu, lze předpokládat, že k užívání předepisovaných opioidních analgetik dochází ze strany respondentů nejčastěji ve frekvenci dvakrát denně nebo dvakrát týdně, neboť k užívání alkoholu dochází ze strany respondentů ve večerních hodinách.

V případě užívání tabáku/tabákových výrobků a jejich následné kombinace s předepisovanými léky, respondenti užívají opioidní analgetika na lékařský recept v intervalu jednou denně nebo jednou týdně vzhledem k tomu, že se užívání této kombinace nevěnují nárazovitě, ale v průběhu celého dne, v některých případech se dokonce přenáší užívání této kombinace i do noci.

U návykových látek ilegálního charakteru jsme prozatím nezaznamenali žádný specifický vzorec chování, který by vypovídal o aspektech k tomuto vedoucí, protože do doby provedení polostrukturovaných interview neexistovaly žádné relevantní informace o tomto typu kombinace. Byly zaznamenány signály ze strany respondentů, které vypovídaly o tom, že se u respondentů zvyšuje zájem o vyzkoušení marihuany jako léčebného prostředku.

Pro kombinaci opioidních analgetik na lékařský předpis s volně prodejnými léky (analgetiky z volného lékárenského prodeje) jsme zjistili specifický vzorec chování odpovídající užívání obzvláště v období odpoledne nebo večera, jak postupně dochází u respondentů ke snižování účinné látky přítomné v předepisovaném léku. Toto slouží jako základ pro využívání volně prodejných analgetik ze strany respondentů studie. Podobný vzorec chování lze pozorovat u opioidních analgetik na lékařský předpis samotných. V tomto případě dokonce dochází k pravidelnému užití předepisovaných léčiv ve frekvenci jednou denně nebo jednou za tři dny.

Obzvláště u léků s dlouhodobým uvolňováním účinné látky dochází k tomuto užívání na základě toho, že respondent si není jist, zda se bolest už vrátila nebo vlastně vůbec neustoupila. V tento okamžik se respondenti uchylují k užívání buď analgetik III. typu jako je Oxycontin, nebo analgetik II. typu jako je Tramal.

## **5.2 Četnost pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky**

Sběr dat v případě kvantitativního dotazníku zaměřeného na zjištění počtu pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky mezi odbornou veřejností proběhl neúspěšně. Vyplnění tohoto dotazníku provedlo pouze deset zdravotnických zařízení radících se mezi Centra a Ambulance pro léčbu bolesti, kterých je v současné době osmdesát sedm na území České republiky.

Celé šetření probíhalo formou internetového dotazníku. K využití tohoto nástroje jsme přistoupili na základě existence předpokladu, že se jedná o formu dotazníku, která je jednodušejší proveditelná pro zdravotnické pracovníky jednotlivých Center a Ambulancí pro léčbu bolesti v internetové podobě a také čas šetřící forma dotazování (příloha č. 5).

Na základě předešlých zkušeností z pilotní studie prováděné v roce 2009 – 2010 (Lávičková, 2010) jsme přistoupili k odbornému zastřešení této substudie s pomocí primáře Centra pro léčbu a výzkum bolestivých stavů FN Motol, MUDr. Jiřího Kozáka Ph.D, a k formulaci jasných a krátkých otázek v dotazníku, které by zabezpečovaly velice rychlé vyplnění dotazníku. Navzdory existenci takovéto patronace a zjednodušení nástroje určeného ke sběru dat, došlo k opakování situace z pilotní studie a neprovedení vyplnění tohoto dotazníku ze strany dotazovaných zdravotnických pracovníků.

Výsledky získané v rámci této substudie jsou vzhledem k nízkému počtu respondentů inkonklusivní. Vzhledem k tomuto faktu nelze získaná data využít, abychom mohli alespoň přibližně určit počet pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky.

## **5.3 Studie kohort**

Studie kohort byla prováděna jako kvantitativní studie se záměrem získání kontrolní skupiny pro kvalitativní studii, jež představovala základ celého provedeného výzkumu, prováděnou za pomoci polostrukturovaných hloubkových rozhovorů a výsledky získané v rámci této hlavní studie.

Výstupy získané v substudii nám umožňují porovnat výsledky získané v rámci polostrukturovaných hloubkových interview na základě faktu, že jsme z obou studií získali porovnatelné výsledky. Tyto výsledky se nám podařilo porovnávat na základě přítomnosti aspektu, že v obou studiích jsme získali obdobný počet respondentů zapojených do studií (20 respondentů v případě kvalitativní studie a 21 respondentů v rámci kvantitativní studie).

Převážně jsme se v této studii zabývali environmentálními faktory, které ovlivňují užívání opioidních analgetik na lékařský předpis u respondentů v návaznosti na projevy bolestivých stavů. Tyto environmentální faktory se jeví v případě výskytu chronických bolestivých stavů jako basální. Zároveň jsou základem pro volbu kompenzačního mechanismu, který je volen respondenty za účelem zvládnutí nepříjemných stavů spojených s dlouhodobým výskytem bolestivých stavů. Mezi tyto kompenzační mechanismy je řazeno užívání léků a legálních návykových látek (alkohol, tabák/tabákové výrobky, volně prodejné léky).

Na základě zjištěných výsledků lze konstatovat, že nejčastěji užívaným kompenzačním mechanismem, který byl respondenty substudie využíván k řešení nepříjemných stavů spojených s neustálou bolestí, je využívání léků ze strany respondentů. Ať už se jednalo o léky respondentům předepisované, nebo o léky analgetického charakteru dostupné ve volném prodeji. Tohoto mechanismu využívalo 76,19 % respondentů zapojených do studie. Tento fakt lze vysvětlit pomocí toho, že většina respondentů má stejně jako jakýkoli průměrný pacient ve své lékárnice analgetika dostupná ve volném prodeji. U těchto respondentů ještě navíc existuje faktor, který poukazuje na skutečnost, že ve své domácí lékárnice respondenti často dlouhodobě skladují léky, jež jim už nejsou předepisovány, jako jsou Tramal nebo Tramadol, nebo se pokoušejí o vytváření zásob léků, které užívají v současné době.

Ve spojitosti s výše uvedenými fakty bychom chtěli poukázat na to, že při zjišťování korelačního koeficientu pro lineární závislost mezi užitím extra dávky léků v případě nadměrné bolesti a pohlavím respondentů substudie, byla tato závislost prokázána vzhledem k  $P$  – hodnotě korelačního koeficientu  $p = 0,01$ . K vyšší spotřebě předepisovaných léků opioidního charakteru se uchylují dle dat získaných ve studii více muži než ženy. Jedním z možných vysvětlení může být existence nižšího prahu bolesti u mužů než u žen. Ale zároveň se nám nabízí i vysvětlení poukazující na sníženou funkci dopaminergních kanálů, které se zapojují do procesu odbourání bolesti vzhledem k tomu, že tito respondenti buď byli současnými nebo bývalými kuřáky.

Následně jsme zjišťovali, zda není existence závislosti mezi užitím léků z důvodů nespavosti nebo úzkosti u respondentů a jedním z aspektů - pohlaví, věk a diagnóza. Závislost přímého

charakteru se nám nepodařilo prokázat ani u jednoho aspektu. Všechny stanové  $p$  – hodnoty korelačních koeficientů pro tyto závislosti byly vyšší než 0,01 nebo 0,001, což nám ukázalo, že nelze prokázat jakýkoli signifikantní vztah mezi sledovanými proměnnými.

Co se týče zbylých kompenzačních mechanismů pro řešení vyskytujících se bolestivých stavů u respondentů, využívání kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem nebo tabákem/tabákovými výrobky je u respondentů zneužíváno stejně. Oba mechanismy jsou užívány v případě 38,1 % respondentů.

Velice zajímavá situace nastala v případě kombinace opioidních analgetik na lékařský recept s tabákem/tabákovými výrobky, kdy jsme dospěli, ke zjištění že 40 % respondentů, kteří označili, že tuto kombinaci neužívají, jsou bývalí kuřáci, kteří přestali kouřit v období zahájení léčby bolesti analgetiky II. typu nebo analgetiky III. typu. Důvodem tohoto jevu je respondenty udávaná situace nebo moment, kdy dochází z jejich strany ke zjištění, že jim tabák/tabákové výrobky najednou přestali chutnat.

Posledním aspektem, v rámci kterého jsme se pokoušeli zjistit, zda existuje nějaká závislost mezi námi vybranými proměnnými, je faktor poukazující na to, jak u jednotlivých respondentů dochází k volbě kompenzačního mechanismu a na čem závisí. Zda je závislá na věku, pohlaví nebo diagnóze.

#### **5.4 Srovnání polostrukturovaných hloubkových interview a studie kohort**

Vzhledem k tomu, že se tato studie sestávala z hlavní studie kvalitativního charakteru a substudie kvantitativního charakteru se stejným zaměřením, jsme se v této části diskuze rozhodli přistoupit k srovnání nejdůležitějších částí výsledků, které vypovídají o obou sledovaných výzkumných vzorcích.

Jako první faktor, který je ve svém srovnání velmi zajímavým, je velikost výzkumného vzorku dosaženého v kvalitativní a kvantitativní studii. V rámci polostrukturovaných hloubkových rozhovorů jsme oslovili výzkumný vzorek složený z 20 respondentů, který byl ve složení 12 mužských respondentů a 8 ženských respondentů. U studie kohort byl konečný výzkumný vzorek respondentů o rozsahu 21 respondentů, které můžeme dle pohlaví rozdělit na 13 mužských respondentů a 8 ženských respondentů. Srovnatelnost obou výzkumných souborů lze pozorovat také na zjištěných diagnózách u respondentů hlavní studie a substudie. V obou případech jsme dospěli ke zjištění, že v kategorii diagnóz máme procentuálně stejné zastoupení diagnóz kategorie M Onemocnění svalové a kosterní soustavy 80,95 % (polostrukturované hloubkové interview – 10 respondentů uvedlo nejčastěji diagnózu M 961

Failed back surgery syndrome, studie kohort – 14 respondentů uvedlo nejčastěji diagnózu M 961 Failed back surgery syndrome), což potvrzuje údaje uvedené ve studii Atluri et al. (2003).

Tato podobnost velikosti obou výzkumných souborů umožňuje další porovnání, která budou uvedeny níže. Při obdobné velikosti obou výzkumných souborů můžeme porovnat jednotlivé sledované aspekty v rámci jejich kombinovatelnosti s opioidními analgetiky na lékařský předpis.

V oblasti užívání opioidních analgetik na lékařský předpis bez předešlé lékařské intervence jsme došli k zjištění, že v obou výzkumných souborech se vyskytují respondenti popisující tento způsob užívání předepisovaných opioidních analgetik (45 % respondentů u studie polostrukturovanými hloubkovými rozhovory: 76,19 % respondentů u studie kohort).

Oblast kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem byla v rámci obou studií zastoupena následovně. O užívání této kombinace více hovořili respondenti hlavní studie než respondenti studie kohort. Zastoupení procentuální četnosti u respondentů hlavní četnosti bylo 60 %, zatímco u respondentů studie kohort byla tato kombinace zastoupena pouze v 38,1 %.

V případě sledované kombinace předepisovaných opioidních analgetik s tabákem/tabákovými výrobky jsme u obou studií získali stejný počet respondentů, kteří přiznávají tuto kombinaci. Zastoupení procentuální četnosti v obou výzkumných souborech byl 45 %.

Aspekt návykových látek ilegálního charakteru v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis byl sledován pouze v rámci studie polostrukturovaných hloubkových interview, kde bylo zjištěno, že v době provádění rozhovorů se mezi pacienty s chronickou bolestí nevyskytoval jediný aktivní uživatel jakékoli ilegální návykové látky, ale zjistili jsme přítomnost skupiny 9 respondentů v tomto výzkumném souboru, kteří projeví jednoznačný zájem o vyzkoušení marihuany za účelem potlačení projevů bolestivých stavů. V rámci studie kohort, která byla prováděna s ročním odstupem, jsme tuto otázku nezařazovali, ale zvolili jsme jiný postup, kdy jsme se dotazovali zdravotnických pracovníků daného Centra pro léčbu bolesti, kde byla studie prováděna, zda mají podvědomí o užívání marihuany mezi jejich pacienty s diagnózou chronické bolesti. Z výpovědi jednotlivých zdravotnických pracovníků vyplynulo, že jsou si vědomi toho, že jejich pacienti užívají v době provádění studie marihuanu na pravidelné bázi. Obzvláště se jedná o námi sledovanou věkovou kohortu 50 – 64 let. Zároveň zdravotničtí pracovníci uváděli, že k tomuto vzestupu užívání marihuany došlo mezi pacienty převážně v období minulého roku, kdy se začalo více medializovat

konopí pro léčebné účely. Navzdory možným represím začali respondenti aktivně vyhledávat možné zdroje, z kterých byla zajištěna dostupnost marihuany. Dle slov pracovníků jsou pacienti s diagnózou chronické bolesti obeznámeni s otevřenou drogovou scénou v Praze.

Poslední možnou sledovanou kombinací s předepisovanými opioidními analgetiky představují volně prodejné léky. Při srovnání obou výzkumných souborů a studií jsme dospěli k závěru, že k dané kombinaci měli více sklon respondenti hlavní studie, jejichž procentuální zastoupení představovalo 80 %.

Poslední faktor, který jsme v rámci těchto dvou studií porovnávali, byl představován užíváním opioidních analgetik na lékařský předpis respondenty. V případě tohoto bodu jsme dospěli ke zjištění, že od doby provedení pilotní studie došlo u respondentů k vzestupu užívání opioidních analgetik řadících se mezi analgetika III. typu. Nejlépe lze tyto výsledky doložit na studii kohort, kde byla u výzkumného souboru přímo mapována změna v užívání předepsaných léků v období vstupu do Centra pro léčbu bolesti a v současné chvíli. Zde je jednoznačně doloženo, že dochází k vzestupu u analgetik III. typu. Vzhledem k tomuto faktu si můžeme položit otázku, jestli dochází na straně lékařů, kteří předepisují opioidní analgetika ke snížení opiofobie. Všechna dosavadní zjištění tento názor podporují.

Přestože se nám na základě získaných výsledků z kvalitativní studie vedené formou polostrukturovaných hloubkových interview a kvantitativní studie kohort může zdát, že obě studie jsou výsledkově kompatibilní a v řadě faktorů studie kohort funguje pro kvalitativní studii jako studie kontrolního charakteru, lze spatřovat nedostatky této práce v konečné velikosti výzkumného souboru. Pro obě studie platí, že by bylo výhodnější pro reliabilitu a validitu výsledků, aby jednotlivé soubory byly větší a sběry dat, jak v rámci polostrukturovaných hloubkových interview, tak v případě studie kohort byly prováděny ve větším počtu zdravotnických zařízení, Center a Ambulancí pro léčbu bolesti. Nejen, že by došlo k rozšíření spektra získaných dat a informací o jednotlivých aspektech, které vedou ke kombinacím alkoholu nebo jiné návykové látky s opioidními analgetiky na lékařský předpis, ale také by došlo k jednoznačnějšímu potvrzení nebo vyvrácení faktů a mýtů spojených s touto problematikou. Za nejslabší součást tohoto výzkumu považujeme kvantitativní studii zaměřenou na počet pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky, která bohužel nebyla k nedostatku dat úspěšně zpracována.

Problematika spojená s opioidními analgetiky na lékařský předpis představuje problém, který v současné době není zcela podchycen a neexistuje vypracovaná koncepce prevence abúzu opioidních analgetik na lékařský předpis, jež by byla na bázi krátkých intervencí prováděna

odborníky na závislosti nebo lékaři Center a Ambulancí pro léčbu bolesti. Z tohoto důvodu by bylo záhodno, aby došlo k pokračování v této studii. Bylo by vhodné, aby k pokračování na této studii došlo na dvou frontách. První oblast by měla být zastoupena opakováním studie kohort v jistém časovém odstupu od provedení původní studie kohort. Nejlepším řešením by bylo ustanovení určitého výzkumného souboru, který by bylo možno sledovat po dobu alespoň jednoho roku v předem určených pravidelných intervalech v několika zdravotnických zařízeních na území České republiky. Druhou oblastí, kterou bychom se měli zabývat, je implementace nástrojů využívaných pro screening zneužívání opioidních analgetik na lékařský předpis na základě studie prováděné mezi lékaři vzhledem k tomu, že v současné době takovýto nástroj pro lékaře není dostupný.

## 6. ZÁVĚRY

Na základě závěrů a doporučení z původní pilotní studie Kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem nebo jinou návykovou látkou (Lávičková, 2010) jsme hlavní studii tohoto výzkumu, studii kvalitativního charakteru, zaměřili na respondenty ve věkové kohortě 50 – 64 let a na jejich vzorce chování spojené s užíváním opioidních analgetik dostupných pouze na lékařský předpis.

V rámci námi provedených studií mezi pacienty s diagnózou chronické bolesti ve věkové kohortě 50 – 64 let jsme zjistili, že u této věkové kohortě v současné době existuje vysoké riziko ohrožení spojené s užíváním opioidních analgetik na lékařský předpis. Všechny získané výsledky v rámci obou studií zaměřených na užívání opioidních analgetik na lékařský předpis poukazují na vzestup trendu užívání těchto medikamentů bez jakékoli předešlé lékařské intervence mezi pacienty s diagnostikovanou bolestí chronického charakteru. Respondenti se k tomuto chování uchylují na základě přítomnosti bolestivých stavů a nepříjemných stavů spojovaných s chronickou bolestí. Tyto získané výstupy jednoznačně potvrzují studie, které byly prováděny doposud pouze v rámci zahraničních výzkumů. Zároveň ale tyto výstupy upozorňují na to, že v rámci území České republiky hrozí v současné době vznik závažnějšího problému, než je tomu doposud. Z tohoto důvodu je také nutno přistoupit k vypracování materiálu, který by sloužil pro lékaře a zdravotnické pracovníky z řad středního zdravotnického personálu a psychology jako guidelines pro účely krátké intervence u pacientů s chronickou bolestí a předepsanými opioidními analgetiky. Základ pro tento materiál můžeme hledat ve studiích Passik & Weinreb (2000) a Webster & Webster (2005). Vzhledem k existenci těchto direktiv by bylo vhodné přistoupit k provedení pilotní studie, jež by ověřila možnosti implementace tohoto materiálu v rámci jednotlivých Center a Ambulancí pro léčbu bolesti na území České republiky.

Dalším aspektem, který by měl v současné době být aktivně debatován a rozebírán v rámci algeziologické části České lékařské společnosti J.E.Purkyně a lékařské veřejnosti vůbec, je konopí určené pro léčebné účely. Tomuto aspektu je nutné se věnovat nejen z důvodu medializace a probíhajícího procesu schválení zákona o povolení konopí pro léčebné účely, ale také vzhledem k tomu, že v průběhu pouhého roku, který dělil zahájení provedení polostrukturovaných hloubkových interview a provedení studie kohort u respondentů s diagnózou chronické bolesti ve věkové kohortě 50 – 64 let, došlo k velmi výrazné změně v přístupu k této ilegální návykové látce. Respondenti, kteří původně pouze uvažovali o tom, zda by bylo z jejich strany vhodné užít tuto ilegální návykovou látku a jaké benefity by jim



tato látka mohla v případě řešení jejich současného zdravotního stavu přinést, se začali uchýlovat k samotnému užívání této návykové látky. Vzhledem k tomuto by měla být nastolena debata, v které by mělo být zváženo, zda by chronická bolest neměla být zařazena do výčtu nemocí a diagnóz, pro které by bylo dostupné konopí pro léčebné účely.

Poslední doporučení této studie se týká studie prováděné mezi odbornou veřejností za účelem zjištění počtu pacientů s diagnózou chronické bolesti na území České republiky za poslední rok. Neboť tato studie nebyla úspěšná, mělo by se k této studii opětovně přistoupit a provést ji nejlépe ve spolupráci přímo buď s odbornou společností pro léčbu bolesti, nebo se pokusit o provedení dané studie ve spolupráci s periodikem zabývajícím se problematikou bolesti a její léčbou.

## 7. POUŽITÁ LITERATURA

Akbik, H., Butler, S. F., Budman, S. H., Fernandez, K., Katz, N. P., & Jamison, R. N. (2006). Validation and clinical application of the Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain (SOAPP). *Journal of Pain Symptom Management* 32: 287 – 93.

American Pain Foundation. (2008). Annual report 2006. Retrieved from <http://www.painfoundation.org/About/2006AnnualReport.pdf>

Atluri, S., Boswell, M.V., Hansen, H.C., Trescot, A.M., Singh, V., & Jordan, A. E. (2003). *Pain Physician*, 6(3), 233 – 257.

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. *Second Edition. Geneva: World Health Organization.*

Barbor, T.F. & Higgins-Biddle, J.C. (2003). Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití. Postupy při použití v primární péči. České vydání připravili Sovinová, H. a Csémy, L. První vydání. *Praha: Státní zdravotní ústav.*

Beck, A.T., & Emery, G. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. *New York, Basic Books.*

Belgrade, M. J., Schamber, C. D., & Lindgren, B. R. (2006). The DIRE score: Predicting outcomes of opioid prescribing for chronic pain. *The Journal of Pain*, 7(9), 671-681. doi:10.1016/j.jpain.2006.03.001

Blazer, D. G., & Li-Tzy Wu. (2009). Nonprescription use of pain relievers by middle-aged and elderly community-living adults: National survey on drug use and health. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1252-1257. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02306.x

Brennan, P., Schutte, K., & Moos, R. (2005). Pain and use of alcohol to manage pain: prevalence and 3-year outcomes among older problem and non-problem drinkers. *Addiction*, 2005, 100(6), 777-786. Retrieved from SPORTDiscus with Full Text database.

Breikvik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and

treatment. *European Journal of Pain*, 10(2006), 287 – 333.  
Doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009

Butler, S. F., Budman, S. H., Fernandez, K. C., Houle, B., Benoit, C., Katz, N., & Jamison, R. N. (2007). Development and validation of the current opioid misuse measure. *Pain* (03043959), 130(1), 144-156. doi:10.1016/j.pain.2007.01.014

Byrne, M. H., Lander, L., & Ferris, M. (2009). The Changing Face of Opioid Addiction: Prescription Pain Pill Dependence and Treatment. *Health & Social Work* 34 (1): 53 – 56.

Cicero, T. J., Inciardi, J. A., & Munoz, A. (2005). Trends in abuse of Oxycontin and other opioid analgesics in the United States: 2002–2004. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, 6, 662–672.

Ditre, J. W., Heckman, B. W., Butts, E. A., & Brandon, T. H. (2010). Effects of expectancies and coping on pain-induced motivation to smoke. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 524–533. doi:10.1037/a0019568

Dlouhá, J., Havlíková, J., & Marek, O. (2002). Léčba chronické bolesti. *Interní Medicína Pro Praxi*, 4(12), 578-581. Retrieved from <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/12/02.pdf>

Doležal, T., Hakl, M., Kozák, J., Kršiak, M., Lejčko, J., Skála, B., Sláma, O., Ševčík, P., & Vorlíček, J. (2008). Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře: Bolest. *Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP*.

Ekholm, S., Grønbaek, M., Peuckmann, V., & Sjøgren, P. (2009). Alcohol and smoking behavior in chronic pain patients: The role of opioids. *European Journal of Pain*, 13(2009), 606 – 612. Doi: 10.1016/j.ejpain.2008.07.006

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (2011). Best practice: fentanyl dependence under the spotlight. *Drugnet Europe* 75. <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment/opioid-users>

Green, T.C., Grimes Serrano, J.M., Licari, A., Budman, S.H., & Butler, S.F. (2009). Women who abuse prescription opioids: Findings from the Addiction Severity Index-Multimedia Version® Connect prescription opioid database. *Drug and Alcohol Dependence*, 103(3), 65 – 73. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.03.014

Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test of Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of addiction* 86, 1119-1127.

Heit, H. A., & Gourlay, D. L. (2004). Urine drug testing in pain medicine. *Journal of Pain & Symptom Management*, 27(3), 260. doi:10.1016/j.jpainsymman.2003.07.008

*The ICD – 10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines* (1992). (10.th ed.). Geneva, Switzerland: World Health Organization, WHO.

*The ICD – 10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines* (2007). (10.th revised ed.). Geneva, Switzerland: World Health Organization, WHO.

International Association for the Study of Pain (2008). Screening for Opioid Abuse Potential. *Pain Clinical Updates* 16 (7).

Jamison, R. N., Ross, E. L., Michna, E., Chen, L. Q., Holcomb, C., & Wasan, A. D. (2010). Substance misuse treatment for high-risk chronic pain patients on opioid therapy: A randomized trial. *Pain*, 150(3), 390-400. doi:10.1016/j.pain.2010.02.033

Johannes, C. B., Le, T. K., Zhou, X., Johnston, J. A., & Dworkin, R. H. (2010). The Prevalence of Chronic Pain in United States Adults: Results of an Internet-based Survey. *The Journal of Pain* 11(11): 1230 – 1239. Doi: 10.1016/j.pain.2010.07.002

Králíková, E. (2004). Závislost na tabáku a možnosti léčby. *Čes. a slov. psychiatrie* 100(1), 13-18.

Kozák, J. (2009). Nové názory na dlouhodobou léčbu opioidy. *Medicina Pro Praxi*, 6 (supplementum A), A15 - A24. Retrieved from <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/01/15.pdf>

Lávičková, J. (2010). Kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem nebo jinou návykovou látkou. *Centrum adiktologie I. Psychiatrické kliniky VFN a I. LF UK*. Univerzita Karlova v Praze

Lávičková, J., & Kozák, J. (2010). Chronická bolest a opioidní analgetika na lékařský předpis v adiktologii. *Adiktologie* 10(3): 164 – 173.

Lejčko, J. (2009). Možnosti léčby chronické bolesti. *Medicina Pro Praxi*, 6(3), 150-154. Retrieved from <http://medicinapropraci.cz/pdfs/med/2009/03/08.pdf>

Lejčko, J. (2009). Přehled opioidních analgetik. *Praktické Lékárenství*, 5(4), 172-175. Retrieved from <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2009/04/05.pdf>

Lessenger, J. E., & Feinberg, S. D. (2008). Abuse of Prescription and Over-the-Counter Medications. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 21(1): 45 – 54. Doi: 10.3122/jabfm.2008.01.070071

Linka proti bolesti (2011). <http://www.linkaprotiboleti.cz>

Manchikanti, L., & Singh, A. (2008). Therapeutic Opioids: A Ten-Year Perspective on the Complexities and Complications of the Escalating Use, Abuse and Nonmedical Use of Opioids. *Pain Physician, Opioid Special Issue* (11): S63 – S88.

Mareš, J., et kol. (1997). Snahy o definování bolesti. *Dítě a bolest* (ppara. 29-30). Praha. Grada Publishing a.s.

McCarberg, B. H., & Billington, R. (2006). Consequences of neuropathic pain: quality-of-life issues and associated costs. *American Journal of Managing Care* 12 (9 Suppl): S 263 – 8.

National Institute of Health: National Institute on Drug Abuse (2009). Prescription and over-the-counter medications. *InfoFacts* (6). Retrieved from <http://www.drugabuse.gov/infofacts/PainMed.html>.

Nosková, P. (2010). Chronická bolest, diagnostika, terapie. *Interní medicína* 12(4): 200 – 204.

Pasco, J. A., Williams, L. J., Jacka, F. N., Ng, F., Henry, M. J., Nicholson, G. C., et al. (2008). Tobacco smoking as a risk factor for major depressive disorder: Population-based study. *British Journal of Psychiatry*, 193, 322–326. doi:10.1192/bjp.bp.107.046706

Passik, S. D., Kirsh, K. L., & Casper, D. (2008). Addiction-related assessment tools and pain management: Instruments for screening, treatment planning, and monitoring compliance. *Pain Medicine*, 9, S145-S166. doi:10.1111/j.1526-4637.2008.00486.x

Passik, S. D., Kirsh, K. L., Whitcomb, L., Portenoy, R. K., Katz, N. P., Kleinman, L., & Schein, J. R. (2004). A new tool to assess and document pain outcomes in chronic pain patients receiving opioid therapy. *Clinical Therapeutics*, 26(4), 552-561.

Passik, S. D., & Weinreb, H. J. (2000). Managing chronic nonmalignant pain: overcoming obstacles to the use of opioids. *Advanced Theraphy* 17(1): 70 – 80.

Qato, D. M., Alexander, G. C., Conti, R. M., Johnson, M., Schumm, P., & Lindau, S. T. (2008). Use of Prescription and Over-the-counter Medications and Dietary Supplements Among Older Adults in the United States. *Journal of American Medical Association*, 300(24): 2867 – 2878. doi:10.1001/jama.2008.892

Roumie, C. L., & Griffin, M. R. (2004). Over-the-counter Analgesics in Older Adults: A Call for Improved Labelling and Consumer Education. *Drug Aging*, 21(8): 485 – 498.

Shi, Y., Hooten, W. M., Roberts, R. O., & Warner, D. O. (2010). Modifiable risk factors for incidence of pain in older adults. *Pain*, 151, 366–371. doi:10.1016/j.pain.2010.07.021

Shi, Y., Hooten, W. M., & Warner, D. O. (2011). Effects of Smoking Cessation on Pain in Older Adults. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(13): 919 – 925. DOI: 10.1093/ntr/ntr097

Státní ústav pro kontrolu léčiv. Přehled účinných látek léků: dostupné analgetické přípravky na trhu v České republice. <http://www.sukl.cz>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (September 1, 2011). *The NSDUH Report: Illicit Drug Use among Older Adults*. Rockville, MD.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. (April 6, 2007). *The NSDUH Report: Patterns and Trends in Nonmedical Prescription Pain Reliever Use: 2002 to 2005*. Rockville, MD.

Ševčík, P., Vacovská, H., Rohan, V., & Polívka, J. (2009). Farmakoterapie chronické bolesti. *Praktické lékařství* 5(3): 130 – 134.

Tetrault, J. M., Desai, R. A., Becker, W. C., Fiellin, D. A., Concato, J., & Sullivan, L. E. (2007). Gender and non-medical use of prescription opioids: results from a national US survey. *Addiction* 103 (10): 258 – 268. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02056.x

Tetrault, J. M., & O'Connor, P. C. (2008). Substance abuse and withdrawal in the critical care setting. *Critical Care Clinics* 24(4): 767 – 788. Doi: 10.1016/j.ccc.2008.05.005

Tetrault, J.M., Becker, W. C., Sullivan, L. E., Desai, R. A., & Fiellin, D. A. (2008). Non-medical use, abuse and dependence on prescription opioids among U.S. Adults: Psychiatric, medical and substance use correlates. *Drug and alcohol dependence*, 94(1-3): 38 – 47. Doi: 10.1016/j.drugalcdep. 2007.09.018

Verhaak, P. F., Kerssens, J. J., Dekker, J., Sorbi, M. J., & Bensing, J. M. (1998). Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: A review of the literature. *Pain*, 77(3), 231-239. doi:10.1016/S0304-3959(98)00117-1

Webster, L. R., & Webster, R. M. (2005). Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: Preliminary validation of the opioid risk tool. *Pain Medicine*, 6(6), 432-442.

Wu, L.-T., Woody, G. E., Yang, C., & Blazer, D. G. (2010). Subtypes of nonmedical opioid users: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Drug and alcohol dependence* 112 (1-2): 69 – 80. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.05.013

Yudko, E., Lozhkina, O., & Fouts, A. (2007). A comprehensive review of the psychometric properties of the drug abuse screening test. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(2), 189-198. doi:10.1016/j.jsat.2006.08.002

## 8. PŘEHLED GRAF A TABULEK

### GRAFY

Graf č. 1 Analgetický žebříček WHO .....	14
Graf č. 2 Vývoj situace v rámci prevalence užití opioidních analgetik na lékařský předpis v letech 1997 - 2010 .....	29
Graf č. 3 Prevalence užití léků proti bolesti bez předešlé lékařské indikace mezi dospělými ve věkové kohortě 50 – 64 let za poslední rok dle věkových skupin v letech 2007 až 2009 .....	29
Graf č. 4 Prevalence užití léků proti bolesti bez předešlé lékařské indikace mezi dospělými ve věku 50 let a starší za poslední rok dle pohlaví v letech 2007 až 2009 .....	30
Graf č. 5 Prevalence užití léků proti bolesti bez předešlé lékařské indikace mezi dospělými ve věkové kohortě 50 – 64 let dle věkových skupin v letech 2007 až 2009 .....	36
Graf č. 6 Prevalence užití léků proti bolesti bez předešlé lékařské indikace mezi dospělými ve věku 50 let a starší dle pohlaví v letech 2007 až 2009 .....	37
Graf č. 7 Počet stanovených diagnóz spojených s diagnózou bolesti u respondentů studie .....	56
Graf č. 8 Kategorizace zjištěných diagnóz na základě MKN - 10 .....	57
Graf č. 9 Počet jednotlivých diagnóz stanovených u pacientů trpících chronickou bolestí na základě kategorií v MKN - 10 .....	57
Graf č. 10 Počet předepsaných opioidních analgetik u pacientů s chronickou bolestí .....	58
Graf č. 11 Nejčastěji předepisovaná opioidní analgetika u pacientů s chronickou bolestí .....	58
Graf č. 12 Typy analgetik podle algeziologického dělení WHO.....	59
Graf č. 13 Délka užívání opioidních analgetik na lékařský předpis u respondentů studie .....	60
Graf č. 14 Rok 1. Návštěvy Centra nebo Ambulance pro léčbu bolesti u respondentů studie .....	62
Graf č. 15 Kategorizace zjištěných diagnóz na základě MKN - 10 .....	104
Graf č. 16 Počet jednotlivých diagnóz stanovených u pacientů trpících chronickou bolestí na základě kategorií MKN - 10.....	105
Graf č. 17 Rok 1. návštěvy Centra nebo Ambulance pro léčbu bolesti u respondentů studie .....	105
Graf č. 18 Průměrná délka léčby bolestivých stavů u respondentů studie .....	106
Graf č. 19 Srovnání u frekvence užívání analgetik respondenty v minulosti a v současné době .....	113



## TABULKY

Tabulka č. 1 Výsledky multivariantní regresivní analýzy poukazující na spojitosti mezi chronickou bolestí a chováním spojeným s kouřením.....	34
Tabulka č. 2 Volně prodejné analgetické prostředky a jejich maximální denní doporučená dávka ..	34
Tabulka č. 3 Délka užívání opioidních analgetik na lékařský předpis u respondentů studie .....	59
Tabulka č. 4 Věkové rozdělení respondentů v jednotlivých subkohortách .....	60
Tabulka č. 5 Zastoupení jednotlivých pohlaví ve věkové kohortě 50 – 64 let .....	60
Tabulka č. 6 Počet respondentů podle pohlaví ve věkové kohortě 50 – 54 let .....	61
Tabulka č. 7 Počet respondentů podle pohlaví ve věkové kohortě 55 – 59 let .....	61
Tabulka č. 8 Počet respondentů podle pohlaví ve věkové kohortě 60 – 64 let .....	61
Tabulka č. 9 Tabulka četnosti týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání u respondentů studie.....	61
Tabulka č. 10 Ekonomická aktivita za posledních 30 dnů u respondentů studie .....	62
Tabulka č. 11 Délka užívání opioidních analgetik na lékařský předpis u respondentů studie .....	63
Tabulka č. 12 Frekvence užívání opioidních analgetik na lékařský předpis.....	64
Tabulka č. 13 Užívané typy analgetik u respondentů studie podle algeziologického žebříčku WHO	65
Tabulka č. 14 První užití opioidních analgetik na lékařský předpis bez přítomnosti bolestivých stavů .....	66
Tabulka č. 15 Důvody užití opioidních analgetik na lékařský předpis bez přítomnosti bolestivých stavů v poslední době u respondentů .....	66
Tabulka č. 16 Poslední užití předepisovaných léků bez přítomnosti bolestivých stavů v minulosti ..	67
Tabulka č. 17 Užití opioidních analgetik na lékařský předpis bez přítomnosti bolestivých stavů v minulosti .....	68
Tabulka č. 18 Pravidelnost užití opioidních analgetik na lékařský předpis bez přítomnosti bolestivých stavů v minulosti .....	69
Tabulka č. 19 Příčina užití opioidních analgetik na lékařský předpis na lékařský předpis bez přítomnosti bolestivých stavů v minulosti .....	70
Tabulka č. 20 Příčina užití opioidních analgetik na lékařský předpis na lékařský předpis bez přítomnosti bolestivých stavů naposledy .....	71

Tabulka č. 21 Příčina užití léků – jednalo se o stejný nebo jiný důvod užití .....	72
Tabulka č. 22 Kdo jiný má přístup k lékům respondentů.....	73
Tabulka č. 23 Užití opioidních analgetik na lékařský předpis jinou osobou než respondentem.....	73
Tabulka č. 24 Užití opioidních analgetik respondentem v kombinaci s alkoholem.....	75
Tabulka č. 25 Začátek užívání alkoholu u respondentů .....	76
Tabulka č. 26 Užití opioidních analgetik na lékařský předpis v kombinaci s alkoholem více než jednou v poslední době .....	76
Tabulka č. 27 Frekvence užití opioidních analgetik na lékařský předpis v kombinaci s alkoholem ...	77
Tabulka č. 28 Množství alkoholem užívaného v kombinaci s předepisovanými opioidními analgetiky u respondentů .....	78
Tabulka č. 29 Kombinace opioidních analgetik s alkoholem vs. Samotné užívání opioidních analgetik .....	79
Tabulka č. 30 Výhody užívání opioidních analgetik na lékařský předpis dohromady s alkoholem ...	80
Tabulka č. 31 Počet kuřáků a nekuřáků mezi respondenty studie .....	83
Tabulka č. 32 Začátek užívání tabákových výrobků u respondentů studie .....	83
Tabulka č. 33 Spotřeba cigaret u respondentů studie .....	84
Tabulka č. 34 Frekvence kouření po užití předepisovaných analgetik u respondentů.....	85
Tabulka č. 35 Změna spotřeby cigaret v závislosti na užívání opioidních analgetik na lékařský předpis u respondentů .....	86
Tabulka č. 36 Existence kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s nealkoholovými návykovými látkami u respondentů.....	87
Tabulka č. 37 Frekvence užívání opioidních analgetik na lékařský předpis s nealkoholovými návykovými látkami u respondentů .....	87
Tabulka č. 38 Typy nealkoholových návykových látek v kombinaci s opioidními analgetiky na lékařský předpis u jednotlivých respondentů .....	88
Tabulka č. 39 Užívané volně prodejné léky u respondentů studie .....	89
Tabulka č. 40 Důvody užití kombinace volně prodejných léků a opioidních analgetik na lékařský předpis .....	90
Tabulka č. 41 Hlavní důvody vedoucí k užití kombinace volně prodejných léků a opioidních analgetik na lékařský předpis .....	91

Tabulka č. 42 Užívání opioidních analgetik na lékařský předpis po užití alkoholu/tabákových výrobků/volně prodejných léků nebo před užitím alkoholu/tabákových výrobků/volně prodejných léků v kombinaci .....	92
Tabulka č. 43 Užití opioidních analgetik na lékařský v kombinaci s alkoholem/tabákovými výrobky/volně prodejnými léky v určitý úsek dne.....	93
Tabulka č. 44 Projevy stavů po užití opioidních analgetik na lékařský předpis s jednou z kombinovaných látek.....	95
Tabulka č. 45 Stavy po skončení působení jednotlivé kombinace s opioidními analgetiky na lékařský předpis .....	96
Tabulka č. 46 Specifické projevy užívání jedné z kombinací .....	97
Tabulka č. 47 Činnosti spojené s užíváním kombinace opioidních analgetik na lékařský předpis s alkoholem, tabákovými výrobky nebo volně prodejnými léky .....	98
Tabulka č. 48 Specifická činnost probíhající v rámci stavů spojených s užíváním jedné z kombinací .....	99
Tabulka č. 49 Stavy po skončení užití opioidních analgetik na lékařský předpis s jednou z kombinací s návykovou látkou.....	100
Tabulka č. 50 Pohled okolí na užívání opioidních analgetik na lékařský předpis samotných nebo v kombinaci s alkoholem/tabákovými výrobky/volně prodejnými léky u respondentů .....	101
Tabulka č. 51 Výskyt problémů spojený s užíváním alkoholu/tabáku/volně prodejných léků v kombinaci s opioidními analgetiky u respondentů .....	102
Tabulka č. 52 Zvládání ostatních činností u respondentů v souvislosti s užíváním opioidních analgetik na lékařský předpis.....	103
Tabulka č. 53 Délka léčby chronické bolesti u respondentů studie .....	106
Tabulka č. 54 Zastoupení jednotlivých pohlaví ve věkové kohortě 50 – 64 let .....	106
Tabulka č. 55 Věkové rozdělení respondentů v jednotlivých subkohortách .....	107
Tabulka č. 56 Nejvyšší dosažené vzdělání u respondentů studie .....	107
Tabulka č. 57 Ekonomická aktivita respondentů v posledním měsíci .....	107
Tabulka č. 58 Fyzický stav u respondentů studie v posledním měsíci .....	108
Tabulka č. 59 Psychický stav u respondentů studie v posledním měsíci .....	108
Tabulka č. 60 Vyhodnocení otázek týkajících se kvality spánku u respondentů studie .....	108

Tabulka č. 61 Vyhodnocení otázek z Beckova inventáře úzkosti u respondentů studie .....	109
Tabulka č. 62 Využití způsobu kompenzace a počet respondentů využívající jednotlivé způsoby kompenzace .....	110
Tabulka č. 63 Vyhodnocení otázek AUDITu u respondentů studie.....	110
Tabulka č. 64 Vyhodnocení otázek Fagerströмова testu nikotinové závislosti u respondentů studie .....	111
Tabulka č. 65 Léky obsahující analgetickou složku užívané respondenty v minulosti a v současné době .....	112
Tabulka č. 66 Užití extra dávky léků respondentem z důvodu bolestivých stavů a problémů s tím spojených v posledním měsíci.....	113
Tabulka č. 67 Užití extra dávky opioidních analgetik na lékařský předpis respondenty z důvodu výskytu nespavosti a stavu spojených s úzkostí .....	114
Tabulka č. 68 Závislost mezi užitím extra dávky léků v případě nadměrné bolesti a pohlavím u respondentů .....	114
Tabulka č. 69 Závislost mezi výběrem jednoho z kompenzačního mechanismu a věkem u respondentů substudie.....	115
Tabulka č. 70 Závislost mezi výběrem jednoho z kompenzačního mechanismu a diagnózou u respondentů substudie .....	115